

Erika Kaunisto
Emilia Päivömaa

HOITOTYÖN ERGONOMIAA RUSKATALOJEN
PALVELUYHDISTYS RY:LLE

Fysioterapian koulutusohjelma
2012

HOITOTYÖN ERGONOMIAA RUSKATALOJEN PALVELUYHDISTYS RY:LLE

Kaunisto, Erika
Päivömaa Emilia
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Fysioterapian koulutusohjelma
Joulukuu 2012
Ohjaaja: Jaakkola-Hesso, Sirpa
Sivumäärä: 48
Liitteitä: 8

Asiasanat: ergonomia, hoitotyö, apuvälineet, kuntouttava hoitotyö, potilassiirrot

Opinnäytetyön aiheena oli Ruskatalojen palveluyhdistys ry:n kahden yksikön hoito-henkilökunnalle järjestetty ergonomiakoulutus. Yhdistys tuottaa asumis- ja siihen liitettävissä olevia palveluja ikäihmisille. Aihe syntyi oman kiinnostuksen pohjalta ja koulutukseen osallistuneet yksiköt valittiin Ruskatalojen joukosta esille tulleen ergonomisen ohjauksen tarpeen perusteella.

Ennen koulutuksia kerättiin tietoa hoitajien ergonomiosaamisesta ja –tarpeesta kyselylomakkeilla ja tutustumiskäynneillä. Koulutusten sisältö suunniteltiin alkukartoituksen ja teorian tiedon pohjalta. Yksiköiden työntekijöille järjestettiin yhteensä kuusi koulutuskertaa marras-joulukuun 2011 sekä tammikuun 2012 aikana. Työntekijät jaettiin kahteen ryhmään ja jokainen osallistui kolmeen koulutukseen. Koulutuksissa käytiin läpi työasentoja, oman kehon hallintaa ja avustusotteita sekä harjoiteltiin potilassiirtoja ja apuvälineiden käyttöä. Kaksi ensimmäistä koulutuskertaa järjestettiin SAMK:in tiloissa. Viimeinen koulutuskerta järjestettiin yksiköissä, joissa harjoiteltiin hankalia siirtotilanteita oikeissa avustustilanteissa.

Kokonaisuudessaan hoitajat kokivat koulutukset hyödyllisiksi. Koulutukseen valitut aiheet ja työmenetelmät osoittautuivat pääosin hyviksi ja toimiviksi. Erityisesti yksiköissä toteutetut kerrat saivat hoitajilta positiivista palautetta. Opinnäytetyössä tuli esille hoitajien puutteellinen tieto ergonomiasta ja sen soveltamisesta käytännön työssä. Alkukartoitusten ja koulutuksista saatujen kokemusten perusteella näyttää siltä, että tarvittaisiin lisäkoulutusta ergonomiasta ja laajemmin ergonomiosaamisen kehittämistä koko työyhteisössä.

ERGONOMICS FOR HEALTH CARE PROVIDERS AT RESIDENTIAL HOMES FOR THE ELDERLY

Kaunisto, Erika

Päivömaa, Emilia

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Physiotherapy

December 2012

Supervisor: Jaakkola-Hesso, Sirpa

Number of pages: 48

Appendices: 8

Keywords: ergonomics, nursing, assistive aids, rehabilitation nursing, transfers

The purpose of this thesis was to arrange an ergonomics education scheme for the health care personnel at Ruskatalojen palveluyhdistys ry., an organization offering care for the elderly in Pori and its surroundings. Two units within the organization were chosen due to their constant need for ergonomic guidance in the past.

Before the actual training took place, questionnaires and observation were used to collect data on the nurses' ergonomic skills and need for ergonomic development in their work. The education was implemented by holding six training sessions during November and December 2011 and January 2012. The nurses were divided into two groups, and each group participated in three different sessions. The themes consisted of basic ergonomic skills and were based on the results of our survey and theory of ergonomics. The first two sessions were held on the SAMK premises and the last one took place in the actual care units.

Themes and methods used in education turned out to be well chosen. Feedback from the nurses was mainly positive. Especially the last session was beneficial in their opinion. This thesis brought out a prevalent lack of knowledge about ergonomics among the nurses, as well as how to best apply the knowledge to the practical work. Therefore, there clearly seems to be need for further training and ergonomic development within the whole of the work community.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS	6
3	RUSKATALOJEN PALVELUYHDISTYS RY.	7
4	ERGONOMIA.....	7
4.1	Ergonomian osa-alueet	8
4.2	Ergonomian lainsäädäntöä	8
5	HOITOTYÖ	10
5.1	Hoitotyö palvelutalossa.....	11
5.2	Hoitotyön kuormittavuus	12
5.2.1	Biomekaaninen kuormittuminen	13
5.2.2	Tuki- ja liikuntaelinvaivat ja niiden ehkäisy hoitotyössä.....	15
6	HOITOTYÖN ERGONOMIA	17
6.1	Kuntouttava hoitotyö	18
6.1.1	Luonnolliset liikemallit	19
6.1.2	Avustusotteet.....	20
6.2	Potilassiirrot	21
6.3	Apuvälineet.....	22
7	PROSESSIN KUVAUS	25
7.1	Alkukartoitus ergonomian tarpeesta	26
7.1.1	Alkukyselyt	26
7.1.2	Tutustumiskäynnit	28
7.1.3	Fysioterapeutin haastattelu	29
7.2	Ensimmäinen koulutuskerta.....	30
7.3	Toinen koulutuskerta	32
7.4	Kolmas koulutuskerta	34
8	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	36
8.1	Suunnittelu	36
8.2	Teoriatiedon kokoaminen	37
8.3	Käytännön toteutus	38
8.4	Kuntouttava hoitotyö	41
8.5	Potilassiirrot	42
8.6	Apuvälineet.....	43
8.7	Johtopäätökset ja jatkosuunnitelma	44
	LÄHTEET	46
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Ikääntyneet ihmiset ovat sosiaali- ja terveydenhuollon suuri ja kasvava asiakaskunta, sillä väestön keskimääräinen elinajanodote kasvaa jatkuvasti. Suomalaisen yhteiskunnan haasteena on turvata terve ja aktiivinen ikääntyminen, koska terveys ja toimintakyky vaikuttavat olennaisesti ikäihmisten hyvinvointiin ja palveluiden tarpeeseen. (Vuotilainen & Tiikkainen 2008, 7.) Mitä pidemmälle 2000-luvulla on tultu, sitä korostuneemmin ovat esillä ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden sekä kuntouttavien palveluiden kehittämiseen ja aktiiviseen osallistumiseen liittyvät painotukset. Hoito- ja palveluprosessien asiakaslähtöisyys perustuu asiakkaan tarpeiden, voimavarojen ja elinympäristön monipuoliseen arviointiin. Arviointi luo pohjan toimintakykyä ja kuntoutumista edistävän toiminnan toteutukselle. (Vuotilainen & Tiikkainen 2008, 109- 110.)

Väestön kokonaislukumäärä pysyy tulevana vuosikymmeninä suhteellisen vakaana, samalla kun lasten osuus laskee ja iäkkäiden osuus kasvaa tasaisesti. Ikääntyneiden määrän kasvu, eliniän nousu sekä kasvava hoivan ja hoidon tarve lisäävät sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvetta. Vuonna 2000 yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä oli noin 15%, kun vuonna 2020 sen ennustetaan olevan noin 22%. Terveyspalveluiden kehittämisen tavoitteena on laitoshoidon vähentäminen sekä avohoidon ja asumispalveluiden lisääminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 19- 25.)

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto ovat julkaisseet vuonna 2008 *Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen*. Suosituksen mukaan yksi keino parantaa ikäihmisten hyvinvointia ja palveluita on palvelurakenteen muuttaminen lisäämällä enemmän kotona asumista tukevia palveluja ja vähentämällä laitoshoidon. Riittävä kotihoito ja tehostettu palveluasuminen sekä uudentyyppisten hoivapalvelujen kehittäminen mahdollistavat pitkäaikaisen laitoshoidon osuuden vähentämisen. (2008, 9-29)

Edellä kuvattu ikärakennnekehitys ja palvelurakenteen muutos näkyy siten, että yhä useammin asukas asuu palveluasunnossaan elämänsä loppuun asti. Laitoshoidon vä-

hentyessä sekä kotona että palveluasunnoissa tehtävän hoitotyön osuus kasvaa. Porin seudulla tähän vaikuttaa alueellisesti myös pitkäaikaisosastojen lakkauttamiset. Palvelurakenteessa painottuu nykyään yhä enemmän kotona tai palveluasunnossa asuminen tukeminen mahdollisimman pitkään. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että kodinomaisessa ympäristössä asuvat ovat entistä vanhempia ja toimintakyvyltään heikompia ja muun muassa monisairaiden ja kahden avustettavien määrä kasvaa. Kotona ja palvelutaloissa tehtävä työ muuttuu siten fyysisesti raskaammaksi ja tarve ergonomian osaamiselle, käyttämiselle ja uusille ratkaisuille päivittäisessä hoitotyössä kasvaa.

Tämä opinnäytetyö tehtiin Ruskatalojen palveluyhdistykselle, joka tuottaa asumis- palveluja ikääntyneille. Toinen opinnäytetyön tekijöistä on toiminut aiemmin sijaisena Ruskatalojen palveluyhdistyksessä ja kiinnostus työyhteisön kehittämiseen syntyi sitä kautta. Täsmällisempi opinnäytetyön aihe, ergonomia, syntyi yhteistyössä Ruskatalojen palveluyhdistyksessä toimivan fysioterapeutin kanssa. Keskustelussa nousi esiin se, että ergonomiosaamiselle oli paljon tarvetta taloissa ja niihin paneutumiseen oli käytössä vain vähän aikaa.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS

Opinnäytetyön tarkoituksena oli järjestää ergonomiakoulutus Ruskatalojen palveluyhdistykseen kuuluvan Ruskalinnan palvelutalon kahden yksikön työntekijöille. Keskeisenä sisältönä oli hoitotyöhön liittyvä ergonomia ja kuntouttava hoitotyö. Koulutuksilla pyrittiin puuttumaan yksiköiden keskeisimpiin ongelmakohtiin ja antamaan hoitajille keinoja soveltaa opittua käytännössä. Opinnäytetyöllä pyrittiin myös kokoamaan ja tuomaan esille huomioita, joita voitaisiin tulevaisuudessa käyttää hyödyksi talon sisäisissä ergonomiakoulutuksissa ja ergonomian kehittämisessä. Tarkoituksena oli myös kerätä koulutusten perusteella yhteen keskeisimmät ohjeistukset ja välittää ne Ruskatalojen käyttöön.

3 RUSKATALOJEN PALVELUYHDISTYS RY.

Ruskataloihin kuuluu neljä palveluasumisyksikköä: Ruskakoti, Ruskahovi, Ruska-linna ja Ruskaranta. Palvelutalot sijaitsevat kaikki Porin kaupungin alueella, Pormes-tarinluodossa, Sampolassa sekä ydinkeskustassa. Yhdistyksen tarkoituksena on edis-tää ja kehittää vanhusten, yksinäisten ja avun tarpeessa olevien yleistä hyvinvointia, terveyttä, vireyttä, omatoimisuutta, sosiaalisia oloja ja turvallista asumista. Yhdistyk-sen toiminta on yleishyödyllistä ja voittoa tavoittelematonta ja sen painopisteenä on luotettava ja turvallinen kotona asuminen. Toiminnan keskeisinä tavoitteina on edis-tää asukkaan hyvinvointia sekä tarjota hänelle perusturva ja yksilöllisyys hänen omassa kodissaan henkilökohtaisten hoito- ja palvelusuunnitelmien mukaisesti. Läh-tökohtana on asukkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja omatoimisen sel-viytymisen tukeminen. (Ruskatalojen Palveluyhdistys ry:n www-sivut 2011.)

Yhdistyksen palvelumuotoja ovat tehostettu palvelu, dementiapalvelu ja muu palve-lu. Tehostetussa palvelussa asukkaista huolehditaan aamusta iltaan ja palvelu tapah-tuu heidän kodeissaan. Öisin turvapalvelu antaa tarvittavan avun. Palvelu sisältää myös asukkaan hygieniatarvikkeet ja asunnon siivoustarvikkeet. Henkilökuntamitoi-tus on tehostetussa palvelussa 0,50 työntekijää/asukas ja vastuusairaanhoitajia on yk-si 25 asukasta kohden. Lisäksi asukkaan vastuuhoidajana eli omahoitajana toimii lä-hihoitajatutkinnon (tai sitä vastaavan tutkinnon) suorittanut työntekijä. Dementiapal-velussa huolenpito on sama kuin tehostetussa palvelussa, mutta poikkeuksena on henkilökuntamitoitus, joka on tällöin 0,60 työntekijää/asukas. Muuta palvelua yhdis-tys tuottaa niille asukkaille, joille on tehty sopimus turva-, perus-, tuetusta tai valvo-tusta palvelusta. (Ruskatalojen Palveluyhdistys ry:n www-sivut 2011.)

4 ERGONOMIA

Työterveyslaitoksen määritelmän mukaan ergonomia on ihmisen ja toimintajärjes-telmän vuorovaikutuksen tutkimista ja kehittämistä ihmisen hyvinvoinnin ja järjes-telmän suorituskyvyn parantamiseksi. Sen avulla työ, työvälineet, työympäristö ja muu toimintajärjestelmä sopeutetaan vastaamaan ihmisen ominaisuuksia ja tarpeita. (Työterveyslaitoksen www-sivut 2011.) Ergonomian avulla pyritään parantamaan

ihmisten hyvinvointia, turvallisuutta ja toimintaa työssä suunnittelemalla ja rakentamalla työympäristöjä sen mukaisesti (Launis & Lehtelä 2011, 19-20).

Ergonomian soveltamistavat ja -tarpeet vaihtelevat työelämän toimialan mukaan. Tietoa ergonomiasta hyödynnetään eri tavoin eri aloilla työtä helpottavien ratkaisujen löytämiseksi. Esimerkiksi taakkojen käsittelyn vähentämiseen on teollisuudessa eri keinot kuin hoitotyössä. (Työterveyslaitoksen www-sivut 2012.) Tavoitteena on, että työ voidaan tehdä aiheuttamatta työntekijälle terveydellistä haittaa, liikakuormitusta tai tapaturman vaaraa (Työsuojeluhallinnon www-sivut 2012).

4.1 Ergonomian osa-alueet

Ergonomia jaetaan kolmeen osa-alueeseen, joita ovat kognitiivinen, organisatorinen ja fyysinen ergonomia. Kognitiiviseen ergonomiaan sisältyy järjestelmien ja niiden näyttöjen, ohjainten ja muiden osien ja tiedon esiintymistapojen suunnittelu. Organisatorinen ergonomia käsittää teknisten ja sosiaalisten järjestelmien yhteensovittamisen, henkilöstön, työkokonaisuuksien ja työaikajärjestelyjen suunnittelun sekä laadun, tuotannon ja yhteistyön kehittämisen. (Launis & Lehtelä 2011, 20; Työterveyslaitoksen www-sivut 2011.)

Fyysiseen ergonomiaan kuuluu fyysisen toiminnan mukauttaminen ihmisen fysiologisten ja anatomisten ominaisuuksien mukaisiksi sekä työympäristön kokonaisvaltaisen suunnittelu. Tärkeimpänä tekijänä työperäisten sairauksien synnyssä ovat ergonomiset virheet, kuten virheelliset ja kuormittavat työasennot ja liian pienet työskentelytilat. (Hänninen ym. 2005, 11-12.) Tässä opinnäytetyössä keskitytään fyysiseen ergonomiaan hoitotyön näkökulmasta. Hoitotyössä on paljon tilanteita, joissa ihmisen fyysiset ominaisuudet ja taidot ovat koetuksella ja joissa ergonomisia virheitä voi tapahtua päivittäin ja toistuvasti, ellei niihin puututa.

4.2 Ergonomian lainsäädäntöä

Työturvallisuuslain (738/2002) uusimpaan eli vuonna 2003 tehtyyn versioon lisättiin pykälä, joka painottuu fyysiseen ergonomiaan: 24§ työpisteen ergonomia, työasennot

ja työliikkeet. ”Työpisteen rakenteet ja käytettävät työvälineet on valittava, mitoitettava ja sijoitettava työn luonne ja työntekijän edellytykset huomioon ottaen ergonomisesti asianmukaisella tavalla. Niiden tulee mahdollisuuksien mukaan olla siten säädettävissä ja järjestettävissä sekä käyttööminäisuuksiltaan sellaisia, että työ voidaan tehdä aiheuttamatta työntekijän terveydelle haitallista tai vaarallista kuormitusta. Lisäksi on otettava huomioon, että:

- 1) työntekijällä on riittävästi tilaa työn tekemiseen ja mahdollisuus vaihdella työasentoa;
- 2) työtä kevennetään tarvittaessa apuvälinein;
- 3) terveydelle haitalliset käsin tehtävät nostot ja siirrot voidaan tehdä mahdollisimman turvallisiksi, milloin niitä ei voida välttää tai keventää apuvälinein; ja
- 4) toistorasituksen työntekijälle aiheuttama haitta vältetään tai, jollei se ole mahdollista, se on mahdollisimman vähäinen”. (Työturvallisuuslaki 738/2002, 24§, Launis & Lehtelä 2011, 386-387.)

Työntekijän vastuu omasta terveydestään ja turvallisuudestaan määritellään Työturvallisuuslaissa 18§:ssä seuraavasti: ”Työntekijän on noudatettava työnantajan toimivaltansa mukaisesti antamia määräyksiä ja ohjeita. Työntekijän on muutoinkin noudatettava työnsä ja työolosuhteiden edellyttämää turvallisuuden ja terveellisuuden ylläpitämiseksi tarvittavaa järjestystä ja siisteyttä sekä huolellisuutta ja varovaisuutta. Työntekijän on myös kokemuksensa, työnantajalta saamansa opetuksen ja ohjauksen sekä ammattitaitonsa mukaisesti työssään huolehdittava käytettävissään olevin keinoin niin omasta kuin muiden työntekijöiden turvallisuudesta ja terveydestä.” (Työturvallisuuslaki 738/2002, 18§.) Lisäksi 19§ mukaan ”työntekijän on viipymättä ilmoitettava työnantajalle ja työsuojeluvaltuutetulle työolosuhteissa tai työmenetelmissä, koneissa, muissa työvälineissä, henkilönsuojaimissa tai muissa laitteissa havaitsemistaan vioista ja puutteellisuuksista, jotka voivat aiheuttaa haittaa tai vaaraa työntekijöiden turvallisuudelle tai terveydelle. Työntekijän on kokemuksensa, työnantajalta saamansa opetuksen ja ohjauksen sekä ammattitaitonsa mukaisesti ja mahdollisuuksiensa mukaan poistettava havaitsemansa ilmeistä vaaraa aiheuttavat viat ja puutteellisuudet”. (Työturvallisuuslaki 738/2002, 19§.)

Työturvallisuuslaki määrittelee myös työnantajan velvollisuudet. 14§ ”Työnantajan on annettava työntekijälle riittävät tiedot työpaikan haitta- ja vaaratekijöistä sekä

huolehdittava siitä, että työntekijän ammatillinen osaaminen ja työkokemus huomioidaan ottaen:

- 1) työntekijä perehdytetään riittävästi työhön, työpaikan työolosuhteisiin, työ- ja tuotantomenetelmiin, työssä käytettäviin työvälineisiin ja niiden oikeaan käyttöön sekä turvallisiin työtapoihin erityisesti ennen uuden työn tai tehtävän aloittamista tai työtehtävien muuttuessa sekä ennen uusien työvälineiden ja työ- tai tuotantomenetelmien käyttöön ottamista;
- 2) työntekijälle annetaan opetusta ja ohjausta työn haittojen ja vaarojen estämiseksi sekä työstä aiheutuvan turvallisuutta tai terveyttä uhkaavan haitan tai vaaran välttämiseksi”. (Työturvallisuuslaki 738/2002, 14§.)

15§ ”Työnantajan on hankittava ja annettava työntekijän käyttöön apuväline tai muu varuste, silloin kun työn luonne, työolosuhteet tai työn tarkoituksenmukainen suorittaminen sitä edellyttävät ja se on välttämätöntä tapaturman tai sairastumisen vaaran välttämiseksi”. (Työturvallisuuslaki 738/2002, 15§.)

5 HOITOTYÖ

Hoitotyön tehtävänä yhteiskunnassa on edistää yksilöiden, perheiden, ryhmien ja yhteisöjen terveyttä ja hyvinvointia, ehkäistä ja hoitaa sairauksia, lievittää kärsimyksiä sekä auttaa kuolevaa. Hoitotyössä korostuu ihmisen omaa vastuu ja terveyttä tukevan ympäristön merkitys sekä terveyttä edistävien työmenetelmien käyttö. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 35.)

Hoitotyön toimintastrategiat on luotu terveydenhuollon eettisten periaatteiden ja ohjelmien pohjalta. Lisäksi ne perustuvat tutkimustietoon vaikuttavista toimintatavoista. ”Hoitotyön keskeisiä toimintastrategioita ovat 1. Potilaan itsemääräämisoikeuden sekä omaan terveyteen ja sen hoitoon liittyvän vastuun ottamisen edistäminen, 2. Asiakaslähtöisten sekä hoidon saatavuuden ja jatkuvuuden turvaavien toimintatapojen käyttäminen, 3. Hoitotyön vaikuttavuuden parantaminen, 4. Hoitotyössä toimivien henkilöiden osaamisen ylläpitäminen, kehittäminen ja hyvinvoinnista huolehtimi-

nen, 5. Hoitotyössä toimivien ja moniammatillisen yhteistyön tehostaminen”. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 36.)

Ergonomia on osa kaikkia näitä tavoitteita. Sillä voidaan mielestämme vaikuttaa paljon esimerkiksi hoitotyön vaikuttavuuteen ja se on olennainen osa hoitohenkilökunnan hyvinvoinnin edistämistä. Ergonomian huomioimisesta hyötyvät sekä hoitaja että hoidettava. Ergonomisten työtapojen hallinnalla vähennetään suoraan hoitajaan kohdistuvaa raskautta. Toisaalta kuntouttava hoitotyö pitää yllä asukkaan jäljellä olevia voimavaroja ja vähentää pidemmällä aikavälillä hoitajien fyysistä työtaakkaa, koska asukas pystyy pidempään osallistumaan aktiivisesti omaan hoitoonsa.

Hyvällä ergonomialla tuetaan hoitajan työkykyä ja ehkäistään työperäisten vammojen syntyä. Samalla mahdollistetaan sujuva työnteko. Hoitajan työssä ergonomian hallinta on oleellista, sillä nostot ja siirrot kuormittavat kehoa fyysisesti. (Kauppi ym. 2010, 102.) Oikea avustustapa vähentää hoitajien kuormitusta ja samalla se vaikuttaa myös potilaiden hyvinvointiin. Avustustapojen tulisi olla potilaan hoitoa ja hoidon tavoitteita tukevaa. Tamminen-Peterin hoitajien kuormittumista ja eri siirtomenetelmiä vertailevassa tutkimuksessa potilaiden arviot siirroista paranivat huomattavasti, kun hoitajien siirtotekniikka kehittyi. (Tamminen- Peter, 2005, 89.)

5.1 Hoitotyö palvelutalossa

Palveluasumisella tarkoitetaan pysyvää asuntoa ja siihen kiinteästi liittyviä, jokapäiväistä selviytymistä edistäviä palveluja, joita ovat esimerkiksi kodinhoitopalvelut ja henkilökohtaiseen hygieniaan liittyvät palvelut. Tällainen tuki- ja palveluasuminen on tarkoitettu henkilöille, jotka tarvitsevat enemmän tukea asumiseen kuin tavalliseen asuntoon on mahdollisuus saada. Tehostettua palveluasumista järjestetään paljon apua, hoivaa ja valvontaa tarvitseville. Tehostetun palveluasumisen yksiköissä asukkailla on käytössään oma huone tai asunto, yhteisiä tiloja ja lisäksi yksiköissä on henkilökunta paikalla ympäri vuorokauden. (Lehmuskoski 2005, 3; Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2008, 52.)

Asumispalvelut ovat sosiaalihuoltolain mukaisia sosiaalipalveluja, joiden järjestämisestä vastaa kunta. Kunnallista palvelujärjestelmää täydentävät tukijärjestelmät (Kela), yhdistykset, järjestöt ja vapaaehtoistyö. Suurin osa asumispalvelujen tuottajista on järjestöjä ja yhdistyksiä. Asumispalvelut on tarkoitettu henkilöille, jotka tarvitsevat eri syistä tukea ja palveluja asumisensa järjestämiseen. (Tilvis ym. 2003, 29; Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2008.) Ruskatalojen palveluasumisen arvoissa korostuu kodinomaisuus ja asukaslähtöisyys. Siksi tässä kappaleessa käsitellään ikääntyneen kotona tehtävän hoitotyön erityispiirteitä ja sen asettamia haasteita hoitotyön ergonomialle.

Asiakkaan koti työympäristönä kuuluu yksityisyyden alueeseen, mutta työntekijän siellä suorittama työ on osa julkista palvelua. Asunto on asiakkaan koti, joten hänellä on oikeus päättää asunnossaan tehtävistä muutoksista, sisustuksesta ja työvälineistä. Työtehtävien ergonomisella suorittamisella on kuitenkin samat vaatimukset työympäristölle niin koti- kuin laitoshoidossakin. Toisen koti työympäristönä asettaa hoitotyölle paljon vaatimuksia ja rajoituksia, joiden takia esimerkiksi ergonomiaa ja työsuojelua on usein hankala toteuttaa. Työssä ei paljonkaan pystytä vaikuttamaan työtilojen toimivuuteen, mutta esimerkiksi kalusteiden uudelleen sijoittamisella ja valaistuksella voidaan luoda paremmat olosuhteet hoitotyölle. Oikeilla työskentelytavoilla voidaan välttää monia riskitekijöitä: -asukassiirroissa on huomioitava omat voimavarat ja siirron turvallisuus, hallittava oikea nostotekniikka sekä vältettävä haitallisia ja äkkinäisiä työasentoja. (Lappalainen & Turpeinen 1998, 18, 259-260.)

5.2 Hoitotyön kuormittavuus

Hoitotyöhön liittyy paljon seisomista ja raskaiden taakkojen nostelua, ja monissa paikoissa käsin nostellaan yli 25 kiloa painavia taakkoja. Potilaat ovat yhä useammin ylipainoisia ja työntekijöitä on monessa paikassa liian vähän, mikä lisää henkilökunnan työtä, kuormitusta ja työskentelyä hankalissa asennoissa. (Hänninen ym. 2005, 116-118; Työterveyslaitoksen www-sivut 2011.) Potilasturvallisuutta vaarantaa kiire ja siitä johtuvat erilaiset ongelmat. Kiireen syynä on useimmiten joko liian suuri potilasmäärä tai henkilökunnan vähyys. (Vuottilainen & Tiikkainen 2008, 283.) Työ ja terveys -haastattelututkimus 2009:n mukaan terveys- ja sosiaalipalvelujen toimiala

nousee työn koetussa fyysisessä kuormittavuudessa ja työtilojen toimivuuden kehittämisessä neljän toimialan kärkeen (Perkiö-Mäkelä ym. 2010, 101-104).

Nuikan (2002) ”Sairaanhoitajien kuormittuminen hoitotilanteissa” -tutkimuksessa tutkittiin sairaanhoitajien fyysistä ja psyykkistä kuormittumista hoitotilanteissa. Fyysistä kuormittumista mitattiin sydämen sykintätaajuuden, kuormitusprosentin, niskahartiaseudun lihasjännityksen, tunnekokemusten ja hoitajien oman arvion avulla. (Nuikka 2002, 5,76.) Tutkimuksen perusteella kuormittavimpia hoitotilanteita olivat muun muassa potilaan peseminen; liikkumisessa, syömisessä ja erittämässä avustaminen; erikoishoitotilanteet ja potilaan kuljettaminen toimenpideyksikköön. Sairaanhoitajat kuormittuivat juuri niissä tilanteissa, joissa tarvittiin fyysistä ponnistusta, oman kehonhallintaa ja kädentaitoja ja joihin liittyi myös kiire tai potilaan tilassa tapahtuva muutos. (Nuikka 2002, 100-102.)

5.2.1 Biomekaaninen kuormittuminen

Ergonomiset ohjeistukset perustuvat biomekaniikkaan ja sen sovelluksiin. Biomekaaninen kuormitus liittyy taakkojen käsittelyyn, kehon asentoihin ja liikkeisiin, ja sille altistumisen haitallisuus riippuu kuormituksen määrästä. Kuormitukseen vaikuttavat ulkoiset kuormat, työn määrä ja tauotus sekä työpaikan sosiaalinen ympäristö. Myös stressi sekä yksilölliset tekijät, kuten ikä, sukupuoli, pituus, paino, elintavat, fyysinen kunto ja persoonallisuus vaikuttavat kuormittumiseen. (Antti-Poika ym. 2003, 92-93.)

Jokaisella kappaleella on oma painopisteensä (massan keskipiste), joka ihmiskehossa on kehon keskiviivalla, ristiluun päätelevyn etupuolella. Kehon muoto ja sen eri osien suhteet sekä liikkuminen ja asennon vaihtaminen muuttavat painopisteen paikkaa. Painopisteen kautta painovoima vetää kappaletta maata kohti. (Ahonen ym. 2002, 119.) Tämä luo perustan ryhtitutkimuksessa käytetylle luotisuoralle, joka sivulta katsoen kulkee korvanipukan kautta olkanivelen ja lonkkanivelen läpi polvilumpion takaa ja sieltä alas veneluun kohdalle (Ahonen ym. 2002, 151; Sandström & Ahonen 2011, 157). Asennon hallinta perustuu pitkälti kykyyn hahmottaa itsensä suhteessa luotisuoraan sekä kykyyn aistia ja hallita kehon massakeskipisteen liikkeitä (Sand-

ström & Ahonen 2011, 221). Hoitotyössä asennon hallinta korostuu etenkin potilassiirroissa, joissa tulisi käyttää hyödyksi painonsiirtoa. Tällöin liike on tasainen ja tapahtuu jaloilla. Ote potilaasta tulisi olla laaja ja lähellä potilaan painopistettä, koska tällöin kuorma on kevyempi. (Tamminen-Peter & Wickström 1998, 49; Työturvallisuuskeskus 2007, 6-7.)

Seisoessaan kahdella jalalla ihmisen tasapainoalue syntyy jalkojen ääri viivojen sisälle kantapäiden ja päkiän rajaamalle alueelle. Kun painopisteen luotisuora kulkee tasapainoalueen rajojen sisäpuolella, ihminen pysyy tasapainossa. (Sandström & Ahonen 2011, 166-168.) Optimaalisessa ryhdissä ihminen seisoo linjassa luotisuoraan nähden niin, että lihaksissa on mahdollisimman vähän jännitystä ja asento on rento mutta hallittu. Hyvässä ryhdissä kolme ryhdin koria, pää, rintakehä ja lantio, sijaitsevat päällekkäin ja linjassa keskenään ja koko keho on tasaisesti jalkojen päällä. (Sandström & Ahonen 2011, 176-186.)

Biomekaanisen kuormituksen vaikutukset liikuntaelimitykseen voivat syntyä sekä lyhyt- että pitkäkestoisen altistumisen seurauksena. Jos ulkoinen voima on suuri, se aiheuttaa jo lyhyessä ajassa ylikuormittumisen, kun taas ulkoisen voiman ollessa pieni ovat toistuvuus ja kesto ratkaisevia. Tapaturman aiheuttama vamma on yksi esimerkki äkillisesti ilmaantuvasta ylikuormituksen vaikutuksesta, mutta muuten ylikuormituksen alkamisen ja fyysisen vaivan syntymisen välisestä ajasta (=latenssiaika) on vähän tutkimuksiin perustuvaa tietoa. Rappeutumassa tai rappeutumisen (=degeneratiivinen) aiheuttamissa sairauksissa on kuitenkin todennäköisesti pitkä altistumisaika, kun taas vaikutukset lihaksiin ja jänteisiin voivat syntyä jo lyhyen altistumisen jälkeen. Lihaksissa varhaisin ylikuormituksen oire voi olla väsymisen tuntemukset. (Antti-Poika ym. 2003, 92-101.) Hoitotyössä ylikuormittumisen riskiä lisäävät erityisesti toistuvat kädenliikkeet, hankalat työasennot, raskaiden taakkojen käsittely, käsin tehtävät siirrot ja fyysisesti raskas työ (Työsuojeluhallinto 2006, liite 1; Työterveyslaitos 2010, 64).

Kun biomekaaniset tekijät kehossa ovat kohdallaan, ihminen pystyy hallitsemaan kehoaan niin paikallaan ollessaan kuin liikkuessaankin. Hoitotyössä yleiset potilassiirrot vaativat hyvää kehonhallintaa, jotta ne voidaan suorittaa ilman luuston ja pehmytkudosten ylikuormittumista. Kehonhallinta koostuu hyvästä ryhdistä, tasapai-

nosta ja kehon painopisteen hallitusta siirtämisestä liikkeen aikana. Hoitotyössä on paljon tilanteita, joissa toisen ihmisen siirtäminen tai avustaminen vaatii hoitajan oman painopisteen siirtämistä taakan mukana. Tämä vaatii hyvää tasapainoa ja ennen kaikkea painonsiirron käyttöä.

5.2.2 Tuki- ja liikuntaelinvaivat ja niiden ehkäisy hoitotyössä

Tuki- ja liikuntaelinvaivojen riskiä hoitotyössä lisäävät erityisesti toistuvat käden liikkeet, hankalat työasennot, raskaiden taakkojen käsittely, käsin tehtävät siirrot ja fyysisesti raskas työ. Hankalien työasentojen on todettu lisäävän selän ja olkapäävaivojen riskiä ja näitä vaivoja oli vuonna 2009 38 prosentilla sosiaali- ja terveystalvelujen työntekijöistä. Työ ja terveys Suomessa 2009 – tutkimuksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiteissa työskentelevät naiset kokevat työnsä fyysisesti raskaimmaksi. (Työsuojeluhallinto 2006; Työterveyslaitos 2010, 64- 66.)

Liikuntaelinsairauksien keskeisiä oireita ovat kivut, säryt ja liikerajoitukset. Fyysinen kuormitus voi sekä tuoda oireita esiin että pahentaa vaivoja. Tässä valossa lähes kaikki liikuntaelinten sairaudet ovat työhön liittyviä ja työhön liittyvää kuormitusta on tarkasteltava niitä todettaessa ja hoidettaessa. (Antti-Poika ym. 2003, 100.)

Työ ja terveys – haastattelututkimus 2009:n mukaan terveys- ja sosiaalialalla työskennellään pitkiä aikoja päivässä selkä hankalassa työasennossa ja yläraajat hartiatason yläpuolella (Perkiö-Mäkelä ym. 2010, 12). Pitkään jatkuva virheasento tai virheetoiminta näkyy lihasten poikkeavana toimintana ja lisääntyneenä jännityksenä. Tämä voi osaltaan saada aikaan pysyvän kiputilan ja väsymyksen tunteen paikallisesti tai yleisellä tasolla. (Sandström & Ahonen 2011, 191.)

On vahvaa näyttöä siitä, että usein toistuvat yli 15 kg:n nostot sekä vartalon kumarat ja kiertyneet asennot lisäävät selkävaivojen riskiä. Washingtonin osavaltiossa tuli vuonna 2000 voimaan ergonomiasääntö, jossa on annettu määrälliset raja-arvot fyysiselle kuormittumiselle. Raja-arvojen ylittyessä työnantajien on ryhdyttävä toimenpiteisiin. Tämän niin sanotun Washingtonin ergonomiasäännön mukaan raja-arvo toistuvalla tai hankalalla nostolla kerran päivässä on 35 kg. Hankalien työasentojen,

esimerkiksi kädet pään yläpuolella, kyynärpää olkapään yläpuolella ja selkä eteen taipuneena työskenneltäessä, raja-arvo on kaksi tuntia työpäivän aikana. Raja-arvot perustuvat vain osittain tutkittuun tietoon, mutta ne on asetettu sen verran korkealle, että ne ylittävä kuormitus on suurella todennäköisyydellä haitallinen. (Antti-Poika ym. 2003, 100-101.)

Liian vähäinen kuormitus johtaa kudosten heikkenemiseen, kun taas sopiva kuormitus vahvistaa niitä. Ylikuormituksesta voidaan puhua aina kun kudokset vaurioituvat ja seurauksena voi pahimmillaan olla pysyvä haitta, esimerkiksi vaikea virheasento. Parhaimmassa tapauksessa kudokset voi parantua täysin, kuten lievässä lihasvenähdyksessä. Toisaalta pienet toistuvat vauriot voivat olla mahdollisia nivelrikon ja välilevyrappeuman syntyyn vaikuttavia tekijöitä. Liikuntaelimistön hyvinvointi edellyttää riittävän kuormituksen lisäksi lepoa. (Antti-Poika ym. 2003, 92-93.)

Työhön ja vapaa-aikaan liittyvä liikuntaelinvaivojen ehkäisy edellyttää vaivoihin liittyvän riskin tunnistamista ja vähentämistä. Tärkeimpinä syinä vaivoihin pidetään biomekaanisia tekijöitä ja näistä lähinnä liian suuria kudosten kestäkyvyn ylittäviä voimia, joita syntyy, jos joudutaan käsittelemään suuria ulkoisia voimia (esim. taakkoja). Nivelen ääriasennoissa kudoksiin kohdistuva voima voi olla liian suuri, vaikka vastaava voima neutraalissa asennossa katsottaisiinkin hyväksyttäväksi. Samoin väsymys voi vaikuttaa siihen, että vähäisetkin ulkoiset voimat johtavat kudosten vaurioitumiseen toistoliikkeiden tai pitkäkestoisen saman asennon ylläpidon (staattisen työn) takia. Tapaturmien jälkeisen immobilisaation (liikkumattomuuden) seurauksena kudosten kestävyys heikkenee ja alttius vaurioitumiseen lisääntyy. Väsymisen ehkäisy siis auttaa tapaturmien torjunnassa, mikä puolestaan on tärkeää liikuntaelinten vaivojen ehkäisyssä. (Alaranta ym. 2003, 51.)

Keskeisenä tavoitteena työperäisten liikuntaelinsairauksien ehkäisyssä on ylikuormituksen poistaminen tai vähentäminen. Toimenpiteiden pitäisi kohdistua itse työhön, sillä huonoa työympäristöä ja/tai työn organisointia ei voi paikata sillä, että työntekijät kohentavat kuntoaan. Työkuormitusta voidaan muuttaa valitsemalla käyttöön ja käyttäjilleen soveltuvia työkaluja. Usein toistuvia tai pitkään jatkuvia ääriasentoja pitää välttää. Työtä pitää pystyä tekemään ilman väsymystä aiheuttavaa pitkäaikaista staattista ja dynaamista lihasjännitystä. Ilman riittävää lepoa kuormitusjaksojen välil-

lä väsyminen johtaa työperäisten liikuntaelinsairauksien kehittymiseen. Jos työ joudutaan tekemään käsin, työhön on järjestettävä apuvälineitä. Taakkoja jatkuvasti käsitteleville työntekijöille pitää järjestää riittävä koulutus työhön. Erityisen tärkeää tämä on hoitotyössä, jossa potilaiden turvallinen nostaminen vaatii hyvää tekniikkaa ja apuvälineiden oikeaa käyttöä. Kokemus on osoittanut, että parhaaseen tulokseen ergonomian kehittämisessä päästään osallistuvalla lähestymistavalla, jossa työntekijät itse ovat aktiivisesti kehittämässä toimintatapoja asiantuntijoiden tuella. (Antti-Poika ym. 2003, 102-103.)

6 HOITOTYÖN ERGONOMIA

Työ vuodeosastoilla, hoitolaitoksissa, palvelutaloissa ja vanhustenhuollossa on fyysisesti todella kuormittavaa, koska se sisältää paljon nostoja, siirtoja, kävelytyksiä, pukemisia ja vessaan vientejä, joiden takia ergonomian huomioiminen on tärkeää. Suurin osa potilaista on entistä huonokuntoisempia ja liikerajoitteisia ja jotkut kokonaan vuodepotilaita, mikä osaltaan tekee työstä raskaampaa. (Hänninen ym. 2005; Rantsi, H. 2007, 28.) Vaikka jokapäiväiseen hoitotyöhön kuuluu paljon erilaisia potilassiirtoja ja potilaiden avustamista, suurin vaikutus on sillä, miten kaikki siirrot ja avustamiset tehdään (Tamminen-Peter & Wickström 1998, 3).

Hoitotyössä ergonomian tarkoituksena on saada hoitajat työskentelemään hyvässä asennossa, siten että he käyttävät mahdollisimman vähän lihasvoimaa ja hyödyntävät asiakkaan omia voimavaroja. Kun ergonomia on hallinnassa, hoitaja säästää omaa kehoaan ja samalla tukee asiakkaan toimintakykyä kuntouttavalla työotteella. Hyvään ergonomiaan sisältyy hoitajan hyvä fyysinen kunto, kehon liikkeiden hallinta ja oman asennon huomioiminen. (Kauppi ym. 2010, 102-103.)

Avustustilanteissa hoitajan tulisi käyttää omaa kehoaan kokonaisuudessaan, mikä vaatii hoitajalta hyviä motorisia taitoja (Tamminen-Peter & Wickström 1998, 84). Potilassiirtotekniikat ovat myös motorisia taitoja, ja niitä voi oppia ainoastaan harjoittelemalla tarpeeksi paljon (Kauppi ym. 2010, 103). Uuden motorisen taidon oppiminen on hidas prosessi, ja liikkeiden automatisoitumiseen saattaa mennä vuosia.

Automatisoitumisen on arvioitu vievän keskimäärin 10 vuotta tai 10 000 tuntia harjoittelua. Erilaisissa tutkimuksissa on todettu esimerkiksi kävelyn automatisoitumisen tapahtuvan noin kolmen miljoonan askeleen jälkeen. (Kauranen, K. 2011, 359.)

6.1 Kuntouttava hoitotyö

Itsemääräämisoikeuden toteutuminen edellyttää, että ikääntynyt ihminen pystyy tekemään tietoisia valintoja ja että hän saa valintaansa varten tarpeeksi tietoa ja tukea. Ikäihmisen itsemääräämisoikeutta voidaan edistää tunnistamalla hänen voimavarojaan ja vahvistamalla niitä sekä käyttämällä niitä voimavaralähtöisyyden periaatteen mukaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2008, 13.)

Kuntouttava hoitotyö on potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta, jossa korostuvat henkilön yksilöllisyyden ja jäljellä olevan toimintakyvyn tukeminen. Toimintakyvyn tukeminen hoitotyön keinoin edellyttää hoitajalta kärsivällisyyttä, kannustamista ja riittävästi aikaa, jotta avustettava pystyy tekemään mahdollisimman paljon itse. (Routasalo & Lauri 2001, 211.) Kaikissa potilassiirroissa pyritään korostamaan potilaan omaa aktiivisuutta ja osuutta siirtoon, koska liika avustaminen vie nopeasti potilaan lopunkin oman aktiivisuuden ja liikkumiskyvyn. Potilaan aktivointi kaikissa siirroissa edistää hänen terveyttään ja jaksamistaan sekä vähentää samalla hoitajien kuormittumista ja keventää heidän työtään. (Tamminen- Peter & Wickström 1998, 4.)

Terveys ja voimavaralähtöisyys perustuvat potilaan terveiden elintoimintojen ja elintapojen ja hänen psyykkisten ja sosioemotionaalisten voimavarojensa tunnistamiseen. Potilasta autetaan käyttämään omia voimavarojaan sekä elämään sairauden tai vamman ja niiden aiheuttamien rajoitusten kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 35.) Hignett (2003) on tutkimuksessaan koonnut yhteen suosituksia potilaan avustamisen periaatteista makuulta ja istumasta nousun avustamisessa sekä kävelyn tukemisessa. Esimerkiksi potilaan avustamisessa istuma-asennosta tilanteeseen vaikuttaa paljon avustettavan omien voimavarojen määrä. Avustettavien kunto vaihtelee täysin itsenäisistä ja vain tarkkailua tarvitsevista täysin avustettaviin. Avustuksen

määrä ja apuvälineen valinta tulisi harkita yksilöllisesti jokaisen potilaan kohdalla. (Hignett 2003, 547-550.)

Hoitamisen voimakkaat perinteet tulevat usein esiin hoito-, hoiva- ja palvelujärjestelmässä. Vanhusasiakkaat ja heidän omaisensa mieltävät useasti hyvän hoidon palvelutalossa potilaan puolesta tekemiseksi. Tämä saattaa olla ristiriidassa hoitajien näkökulman kanssa kuntouttavasta hoitotyöstä ja asiakkaan aktivoinnista. (Heikkinen & Rantanen 2008, 430-431.)

6.1.1 Luonnolliset liikemallit

Ihminen toteuttaa itseään liikkumalla ja tekee sen paljolti tiedostamattaan lapsena oppimallaan tavalla. Liikkumisessa noudatetaan luonnollisia liikemalleja, mitä voidaan kutsua perusliikkumiseksi. Perusliikkuminen on lapsuuden motorisen kehityksen myötä saavutettava asentojen, liikkeiden ja siirtymisten kokonaisuus. Se on ihmiselle luontaista motorista käyttäytymistä, jota ei tarvitse erikseen harjoitella tai ajatella. (Tamminen- Peter & Wickström 1998, s. 45; Kauppi yms. 2010, 105-106; Kauranen & Nurkka 2010, 26.)

Hoitajien tulisi tuntea ihmisen luonnolliset liikkumistavat, jotta he pystyisivät arvioimaan ja hyödyntämään potilaan jäljellä olevaa toiminta- ja liikkumiskykyä ja avustamaan potilasta oikein (Tamminen- Peter 1997, 33). Ohjatakseen potilasta parhaalla mahdollisella tavalla on hoitajan tiedostettava juuri kyseisen potilaan luonnolliset tavat liikkua. Jos esimerkiksi iäkäs henkilö on koko ikänsä liikkunut tietyllä tavalla, häntä on helpointa avustaa tukemalla hänen omaa liikemalliaan. (Tamminen- Peter & Wickström 1998, 46.) Huonokuntoiset ja heikot potilaat saattavat jopa unohtaa omat luonnolliset liikemallinsa, jos heitä nostetaan ja autetaan liikaa. Hoitajien tulisi ohjata, avustaa ja muistuttaa potilaita näistä luonnollisista liikemalleista, jotta ne eivät unohtuisi. (Tamminen- Peter 1997, 33.)

6.1.2 Avustusotteet

Avustaessaan potilasta hoitajat voivat käyttää ainakin kolmea erilaista ohjaustapaa, joita ovat sanallinen, visuaalinen ja manuaalinen. Manuaaliseen ohjaamiseen kuuluu koskettaminen ja liikkeen avustaminen. Aina ohjataan vain sen verran kuin on tarpeellista. (Työterveyslaitoksen www-sivut 2011; Kauppi yms.2010, 106.) Jos potilas pystyy suorittamaan osan liikkeestä itse, hänen annetaan tehdä se ja häntä avustetaan vain välttämättömissä asioissa. Aktiiviset eli potilaan itse suorittamat liikkeet ovat edellytys perusliikkumiselle. Jos joku perusliikkeistä on passiivinen tai avustettu, itsenäinen perusliikkuminen vaatii liikkeen korvaamista toisella liikkeellä tai apuvälineellä. Aktiivistakin liikettä voidaan ohjata käsin tai sanallisesti. Joissakin tapauksissa riittää, että ohjaaja näyttää halutun liikkeen tai liikesuunnan ja tähän yhdistetään sanallinen ohjaus. Ilmeillä, eleillä, äänensävyillä ja –painoilla voidaan aktivoida ja tehostaa liikettä. (Kukkonen & Piirainen 1990, 91.)

Avustamisen tulisi tapahtua sieltä, mistä liike tuntuu juuttuvan, eli useimmiten hartiosta, lantiosta tai pään takaa. Avustettaessa oikeasta kohdasta liike helpottuu ja kosketus saattaa auttaa potilasta aktivoimaan omat lihaksensa. Avustusta ei pitäisi tehdä sieltä, mistä keho liikkuu, kuten kaulasta, olkanivelistä, lonkista, vyötäröstä tai kainaloista, jotta ei estetä asiakkaan omaa liikettä. Avustamisen pitäisi tapahtua potilaan sivulta, jotta avustaja ei ole potilaan oman liikkeen esteenä. Avustaminen vaatteisiin tarttumalla on yleistä, mutta sitä ei kuitenkaan pitäisi käyttää, koska se on potilaalle epämiellyttävää ja vaarallista. (Tamminen- Peter & Wickström 1998, 42-44.)

Avustaessa pitää huomioida, että myös avustajan oma kosketus antaa potilaalle viestejä avustajasta. Avustajan pitää ottaa huomioon millaisella otteella hän tarttuu potilaaseen, kuinka paljon hän käyttää voimaa, mihin hän tarttuu ja minkä lämpöiset kädet hänellä on. Kylmät kädet, kovat otteet ja äkkinäiset liikkeet saavat potilaan helposti pelokkaaksi tai jopa aggressiiviseksi, jolloin potilaasta tulee yleensä vastustele- va ja tarraileva. Jos potilas on kovin pelokas, häntä voi rauhoitella ja ohjata tarttumaan esimerkiksi sängyn laidasta siten, että hän ei roiku hoitajassa. (Tamminen- Peter & Wickström 1998, 42-44.)

Sen sijaan rauhalliset, laajat ja aktivoivat otteet taas tuntuvat mukavammilta, turvallisemmilta ja helpottavat liikettä, koska potilaskin on mukana liikkeessä. Oikeanlaisella, aktivoivalla otteella hoitaja pystyy mukauttamaan ja ohjaamaan potilaan liikettä ja samalla keventämään työtään. Otteen tulisi olla mahdollisimman lähellä potilaan painopistettä, jolloin vipuvarsi on pienempi ja voimaa tarvitaan vähemmän. (Tamminen- Peter 1997, 33; Tamminen-Peter & Wickström 1998, 42-44.) Etenkin demen-tiapotilasta avustettaessa rauhallisten liikkeiden, laajojen otteiden ja kosketuksen merkitys korostuu. Lämmin ja laaja kosketus viestittää turvallisuutta, vähentää pelkoa, rentouttaa ja rauhoittaa. (Tamminen-Peter & Wickström 1998, 42-44.)

6.2 Potilassiirrot

Potilassiirrot koetaan yleisesti kuormittavimmaksi työvaiheeksi hoitotyössä, joten niihin on kiinnitettävä erityishuomiota työyhteisössä. Potilaan siirtäminen on vuoro-vaikutustilanne, jossa hoitajilta vaaditaan oman kehonhallintaa ja opittujen tietojen sekä taitojen soveltamista käytäntöön. (Työturvallisuuskeskus 2007, 3,10.)

Potilassiirtoa suunniteltaessa pitää ensin selvittää potilaan omat voimavarat niin, että hänen lääketieteelliset rajoituksensa ja kuntoutumistavoitteensa otetaan huomioon. Potilaan voimavarat voivat vaihdella päivittäin ja aina pitäisi tarkastaa, miten potilas on nukkunut ja onko hänellä ollut jotakin vaivoja tai muita voimavaroihin vaikuttavia tekijöitä. Tärkeää on myös selvittää, miten potilas on tottunut toimimaan, jotta kaikki potilasta hoitavat hoitajat käyttäisivät samoja menetelmiä. Samojen menetelmien käyttö helpottaa potilaan mukaantuloa siirtoon, koska tällöin potilas tietää mitä hänen pitää tehdä. (Työturvallisuuskeskus 2007, 3-5, Tamminen-Peter & Wickström 1998, 42-49, Työterveyslaitoksen [www-sivut](http://www.sivut) 2012.)

Potilaan voimavarojen selvittämisen jälkeen on hyvä myös arvioida hoitajan/ hoitajien voimavarat. Pitää selvittää, riittävätkö omat voimavarat vai tarvitaanko apua tai jotakin siirron apuvälinettä. Jos hoitajia on enemmän kuin yksi, on hyvä sopia yhdessä, miten siirto tapahtuu, ja toimia samaan aikaan. Ennen siirtoa pitää huomioida myös ympäristö ja käytössä oleva tila. Myös sängyn korkeuden säätö sopivaksi on tärkeää ennen siirtoa, jotta siirto voitaisiin tehdä ergonomisesti oikein. (Tamminen-

Peter & Wickström 1998, 49; Työturvallisuuskeskus 2007, 3-5; Kauppi yms. 2010, 104.)

Siirtymisvaiheessa potilaalle on kerrottava, mitä tapahtuu ja mitä hänen tulee tehdä. Potilaalle pitää antaa tarpeeksi aikaa osallistua siirtoon, jotta avustettavan omat voimavarat pystytään käyttämään hyödyksi siirroissa ja nostoissa. Kun potilas pääsee itse mukaan liikkeeseen, hoitajien kuormitus kevenee. Aina avustetaan vain sen verran kuin on tarpeen, jotta ei passivoida potilasta. Potilasta tulisi ohjata ja tukea siirtymään omien luonnollisten liikemalliensa mukaisesti. Siirtymisen tulisi olla mahdollisimman rauhallinen ja tasainen. Nostojen sijaista tulisi liu'uttaa aina, kun se on mahdollista. (Tamminen-Peter & Wickström 1998, 42-49; Työturvallisuuskeskus 2007, 6-7; Työterveyslaitoksen www-sivut 2012.)

Hoitajien oman asennon huomioiminen siirron aikana on tärkeää. Hoitajan tulee olla tukevassa käyntiasennossa, jossa polvet ja lonkat ovat hieman koukussa ja selkä mahdollisimman suorana. Käyntiasennossa pystytään käyttämään jalkojen lihaksia hyvin hyödyksi siirron aikana ja päästään tarvittaessa lähemmäs potilasta. Siirroissa tulisi käyttää painonsiirtoa, jolloin liike on tasainen ja tapahtuu jaloilla. Ote potilaasta tulisi olla laaja ja lähellä potilaan painopistettä, jolloin kuorma on kevyempi. (Tamminen-Peter & Wickström 1998, 49; Työturvallisuuskeskus 2007, 6-7.)

6.3 Apuvälineet

Erilaiset siirtojen ja nostojen apuvälineet helpottavat hoitajien työtä, mutta samalla ne auttavat myös potilaiden liikkumista. Apuvälinetarve riippuu paljolti potilaan kunnosta, mutta myös hoitajan fyysinen kunto vaikuttaa tarpeeseen. (Tamminen-Peter & Wickström 1998 s. 25.) Apuvälineiden avulla hoitajien työasennot ovat paremmat ja kuormitus on vähäisempää. Sähkökäyttöiset vuoteet kuuluvat myös apuvälineisiin. Sähkökäyttöisten vuoteiden käyttöönoton jälkeen hoitajien työasennot ovat huomattavasti paremmat ja alhaalla ja kumarassa työskentely on vähentynyt. Pienoisapuvälineet voidaan jakaa neljään eri ryhmään niiden käyttötarkoituksen mukaan. (Tamminen- Peter ym. 2007 s. 44- 48.)

Liukumista edistävät apuvälineet poistavat kitkaa ja helpottavat näin siirtymistä ja kääntymistä itsenäisesti tai avustettuna. Liukumista edistäviin apuvälineisiin kuuluvat esimerkiksi muovipussi tai liukuva kangas (esim. silkki, satiini, nailon tai gore-tex), jotka helpottavat potilaan siirtämistä/siirtymistä vuoteella. Kun liukas kangas yhdistetään johonkin pehmeään materiaaliin, puhutaan liukupatjasta. Liukulevyt kuuluvat myös liukumista edistäviin apuvälineisiin, sillä niiden avulla saadaan henkilön paikkaa muutettua. (Tamminen- Peter ym. 2007, 44; Salminen 2010, 133; Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2012.) Jotta saataisiin hyödynnettyä myös maan vetovoima siirtymisen voiman tuottamisessa, pitää siirtymisen lähtöpaikan olla hieman ylempänä kuin paikan, johon siirrytään. Liukumista edistävien apuvälineiden avulla potilas, jonka toimintakyky on melko hyvä, voi siirtyä itsekin. (Kauppi ym. 2010, 104.)

Liukumista estävät apuvälineet helpottavat avustettavan omaa toimintaa esim. jalkojen alle laitettuna vuoteessa ylöspäin siirryttäessä. Tällaisia apuvälineitä ovat kumista tai muovista tehdyt liukuesteet ja yhden suunnan liukulevyt, joissa liukuminen toiseen suuntaan on estetty. (Tamminen- Peter ym. 2007, 45; Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2012.)

Hoitajan tarttumista helpottavat apuvälineet antavat hoitajalle tukevamman ja turvallisemman otteen avustettavasta ja helpottavat kahden hoitajan yhteistyötä. Tukevaa otetta on vaikea saada, koska avustaminen potilaan vaatteista tai kainaloista ei ole suositeltavaa. Otteen saamista hankaloittaa se, jos potilas on kaukana hoitajasta. Tarttumista helpottavia apuvälineitä ovat mm. poikkilakana, nostoremmi, siirtolevy, fleximove sekä kävely-/nostovyö. Kävely-/nostovyötä voidaan käyttää myös niin, että se on hoitajan ympärillä, jolloin se helpottaa potilaan tarttumista. (Tamminen-Peter & Wickström 1998, 31-33; Tamminen-Peter 2007, 45; Kauppi yms. 2010, 105; Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2012.)

Potilaan tarttumista ja tukeutumista helpottavat apuvälineet luovat potilaalle turvallisuuden tunnetta ja helpottavat hoitajan työtä. Tällaisia potilaan tarttumista helpottavia apuvälineitä ovat erilaiset tukitangot ja kahvat, kuten sänkyyn kiinnitettävät tai siirrettävät nousutuet ja kohottautumistelineet, WC:ssä ja muissa tiloissa käytettävät tukikaiteet ja turneri. Tällaisia apuvälineitä voidaan käyttää apuna siirtymisessä,

asennonvaihtamisessa ja ylösnousussa, kun henkilön voimat ovat heikot. Myös liikumisen apuvälineitä voidaan hyödyntää potilaan tarttumiseksi: esim. seisomaan noustessa tukea saa seisomatelineestä, rollaattorista, tasofordista ja erilaisista keloista. (Tamminen-Peter & Wickström 1998,27-30; Tamminen-Peter 2007, 46; Salminen 2010, 133; Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2012.)

Henkilönostolaitetta käytetään esimerkiksi siirryttäessä vuoteesta pyörä- tai suihku-tuoliin tai wc-istuimelle. Henkilönostimen käyttö on perusteltua silloin, kun siirtäminen on ergonomisesti tai turvallisuuden kannalta riski siirrettävälle henkilölle tai avustajalle. Syy ottaa henkilönostolaite käyttöön on esimerkiksi avustettavan kykenemättömyys osallistua aktiivisesti siirtymiseen. Aluksi laitteen käyttö voi tuntua hidastavan työntekoa, mutta harjaantumisen myötä nostimen käyttö ei hidasta siirtymistä. Este nostolaitteen käytölle onkin usein asenteellinen. (Kauppi ym. 2010,104; Salminen 2010, 133-134; Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2012.) Potilasnostinten käytettävyyttä testaavassa tutkimuksessa hoitajien kokemuksen mukaan nostimien käyttö kevensi potilassiirtojen fyysistä kuormittavuutta etenkin selässä (Fagerström 2008, 4,10).

Hignettin (2003) mukaan tutkimuksista löytyy paljon apuvälineiden merkitystä potilassiirroissa tukevaa näyttöä. Hignett on luonut tutkimuksensa pohjalta kaavioita, joissa esitetään erikuntoisten potilaiden siirtämisessä tarvittavaa avustuksen määrää ja apuvälineitä eri alkuasunnoissa. Käytämme esimerkkinä istuma-asennosta avustamista. Mikäli potilas ei tarvitse apua istuma-asennosta siirtyessään, avustajan tehtävä on vain toimia tarkkailijana ja antaa suullisia ohjeita, ”kädet irti” -periaatteella. Apuna voidaan käyttää esimerkiksi tuoleja ja sänkyjä, joissa korkeutta tai asentoa voidaan säätää, sekä käsinoja ja kaiteita. Tarvittaessa siirron apuvälineenä voidaan käyttää esimerkiksi liuku- tai kääntölevyä tai kävelytelinettä. Mikäli potilas tarvitsee vähän apua siirtymiseen, avustaja käyttää kevyttä manuaalista ohjausta. Edellä mainittujen keinojen ja apuvälineiden lisäksi voidaan käyttää esimerkiksi kävelyvyötä ja turneria. Mikäli potilas tarvitsee paljon apua siirtymiseen, avustaja ohjaa potilasta koko ajan manuaalisesti ja apuvälineinä voidaan käyttää esimerkiksi nostinta, seisomanojanostinta tai seisomatelinettä. (Hignett 2003, 548.)

7 PROSESSIN KUVAUS

Opinnäytetyön aihe syntyi halusta kehittää Ruskatalojen palveluyhdistys ry:n työyhteisöä. Keskusteltuamme tarkemmasta aiheesta fysioterapeutin kanssa hän suositteli meitä ottamaan yhteyttä Ruskalinnan palvelujohtajaan. Kävimme keskustelemassa palvelujohtajan kanssa mahdollisesta opinnäytetyöstä ja hän oli kiinnostunut lähtemään mukaan sen toteuttamiseen. Palvelujohtaja ja fysioterapeutti olivat valmiiksi valinneet meille kaksi yksikköä, joissa ergonomian tarve oli suurin. Infotilaisuuden tiedottamisesta vastasi palvelujohtaja, mutta tutustumiskäyntien ja koulutuksen järjestämiseen liittyvissä asioissa olimme itse suoraan yhteydessä yksiköihin sähköpostitse ja puhelimitse. Palvelujohtajan kanssa suunnittelimme koulutuksen aikataulun ja hän jakoi koulutukseen osallistuvan henkilökunnan kahteen ryhmään.

Koulutukseen osallistuvien yksiköiden henkilökunnalle pidettiin toukokuun 2011 puolivälissä infotilaisuus, jossa kerrottiin opinnäytetyön taustaa ja käytiin läpi opinnäytetyösuunnitelma. Tilaisuudessa puhuttiin myös hoitotyön ergonomiasta, sen tärkeydestä ja kuntouttavasta työotteesta. Samalla jaettiin alkukyselyt ja tulostetut opinnäytetyösuunnitelmat molempiin yksiköihin. Näin varmistettiin, että poissaolleet työntekijätkin pystyivät perehtymään suunnitelmaan. Paikalla ollut henkilökunta vaikutti kiinnostuneelta ja innostuneelta ja pääsimme heti hyvään vuorovaikutukseen heidän kanssaan. Sovimme myös, että teemme kesän aikana tutustumiskäynnit molempiin yksiköihin. Yksiköitä lähestyttiin sähköpostitse ja puhelimitse kesäkuun aikana; ensimmäinen tutustumiskäynti tehtiin 20.6.2011 ja toinen tutustumiskäynti tehtiin 4.7.2011.

Neljä ensimmäistä koulutuskertaa järjestettiin marras-joulukuussa 2011 Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden tiloissa. Koulutukseen osallistuvat yksiköt oli jaettu kahteen ryhmään siten, että molempiin ryhmiin tuli puolet kummankin yksikön henkilökunnasta. Molemmille ryhmille pidettiin kolme eri koulutuskertaa. Koulutuksen sisällöt olivat samat molemmissa ryhmissä. Ensimmäinen koulutuskerta oli oman kehon hallinnan ja avustustoiteiden harjoittelua. Toisella kerralla keskityimme potilassiirtoihin ja apuvälineisiin. Kolmas koulutuskerta pidettiin yksiköissä tammikuussa 2012, jolloin mukana oli kyseisen yksikön työntekijät. Näillä

kerroilla ohjasimme hoitajia heidän mielestään kuormittavimpien ja hankalimpien asukkaiden siirroissa.

7.1 Alkukartoitus ergonomian tarpeesta

Ergonomian tarvetta selvitimme alkukyselyillä hoitajien ergonomiosaamisesta ja -tarpeesta ja tutustumiskäynneillä molempiin yksiköihin. Tutustumiskäyntien tarkoituksena oli havainnoida hoitajien ergonomiaa aamutoimien aikana. Alkukartoituksen ja sieltä nousseiden tarpeiden pohjalta suunnittelimme koulutusrungon ja ensimmäiset koulutuskerrat. Alkukartoitukseen kuuluivat alkukyselyt (Liite 1), tutustumiskäynnit molempiin koulutukseen osallistuviin yksiköihin ja Ruskatalojen fysioterapeutin haastattelu.

7.1.1 Alkukyselyt

Kyselylomakkeessa käytettiin strukturoituja, puolistrukturoituja ja avoimia kysymyksiä. Kyselylomakkeella pyrittiin keräämään tietoa henkilökunnan työhistoriasta, nykyisen työn kuormittavuudesta, ergonomiosaamisesta ja kuntouttavan työotteiden käytöstä sekä toiveista tulevan koulutuksen suhteen. Henkilökunnan työhistorian osalta kartoitettiin työssäoloaikaa hoitoalalla sekä mahdollisia työperäisiä tuki- ja liikuntaelinvaivoja ja tapaturmia. Työn kuormittavuuden osalta kartoitettiin rasikkaimmiksi koettuja hoitotilanteita ja kuntouttavan työotteiden ja ergonomian osalta hoitajien saamaa aiempaa koulutusta ja sen käyttöä nykyisessä työssä. Toiveita koulutuksen suhteen kysyttiin avoimella kysymyksellä.

Täytettyjä kyselylomakkeita palautettiin yhteensä 11 kappaletta eli vastausprosentti oli 100. Vastaajista seitsemän oli työskennellyt hoitoalalla 0-5 vuotta, kolme vastaajista 6-10 vuotta ja yksi vastaajista 11-15 vuotta. Ruskataloilla työskentelyn pituus vaihteli kolmen kuukauden ja kuuden vuoden välillä.

Kolmella vastaajista ei ollut esiintynyt työssäoloaikana mitään kysytyistä tuki- ja liikuntaelinvaivoista. Selän ylä-/alaosan toistuva kiputila oli ollut seitsemällä vastaajalla, niskahartia-seudun/kaularangan toistuva kiputila kolmella, raajojen toistuva kipu-

tila kolmella, iskiasoireyhtymä kahdella sekä muu tuki- ja liikuntaelinsairaus yhdellä vastaajista. Vain yhdelle vastaajista oli sattunut tapaturma hoitotilanteessa.

Ylivoimaisesti kuormittavimmaksi hoitotyössä vastaajat kokivat asukkaiden nosto- ja siirtotilanteet. Kaikki vastaajat mainitsivat nostot ja kymmenen vastaajista mainitsi siirrot kolmen kuormittavimman tilanteen joukkoon. Lisäksi kuusi vastaajista mainitsi asukkaan seisottamisen, kaksi saunottamisen, yksi keittiötyöt, yksi siivouksen ja yksi kiireen kuormittavimmaksi tekijäksi.

Vastaajista kaksi ei ollut aiemmin saanut minkäänlaista koulutusta ergonomiasta tai kuntouttavasta työotteesta. Loput yhdeksän mainitsivat saaneensa koulutusta ergonomiasta opiskeluaikana, yksi mainitsi edellisen työpaikan (ei hoitoala) ja yksi mainitsi koulun lisäksi Ruskalinnan.

Avoimeen kysymykseen siitä, miten vastaajat huomioivat ergonomian jokapäiväisessä työssään, tuli hyvin kirjavia vastauksia. Vastauksissa nousi esiin hoitosängyn korkeuden säätäminen (4), jalkojen apuna käyttäminen nostoissa/siirroissa (3), apuvälineiden käyttö (3), oikean työasennon huomioiminen (2), liu'uttaminen siirroissa (2), ja oikea nostotekniikka (1). Neljä vastaajista kuittasi kysymyksen vastaamalla, että pyrkii huomioimaan ergonomian ja yksi mainitsi lisäksi, että usein kiire, apuvälineiden puuttuminen tai asukkaan vointi haittaa ergonomian huomioimisessa.

Toiveissa koulutusten suhteen korostui käytännönläheisyys. Kahdeksan vastaajaa toivoi oikeiden avustettavien kanssa ja aidoissa siirto- ja avustustilanteissa harjoittelusta. Kolmessa näistä vastauksesta viitattiin erityisesti aamutoimien ja kiireen tuomaan haasteeseen. Kuudessa vastauksessa mainittiin uudet apuvälineet ja apuvälineiden käytön oppiminen, joissa yhdessä mainittiin asukkaan motivoiminen apuvälineen käyttöön. Toimivampia käytäntöjä, ohjeita tai uusia keinoja käytännön tilanteisiin toivottiin seitsemässä vastauksessa. Kahdessa vastauksessa mainittiin asukkaan motivointi.

7.1.2 Tutustumiskäynnit

Tutustumiskäynnin aikana toisessa yksikössä oli 11 ja toisessa 10 asukasta. Ensimmäisessä yksikössä kolme asukkaista oli pyörätuolin käyttäjiä ja muut liikkuivat rollaattorin, reumarollaattorin tai kepin avulla. Asukkaista kolme oli kahden avustettavia. Toisessa yksikössä suurin osa asukkaista pystyi kävelemään ilman rollaattoria tai rollaattorin avulla ainakin pienen matkan. Kolme asukkaista käveli vain pienen matkan rollaattorin ja hoitajien avulla ja istuivat muuten pääosin pyörätuolissa. Lisäksi parilla asukkaalla oli heille täysin epäsovelias aktiivipyörätuoli, jossa istuma-asento jäi huonoksi, koska tuoli ei ollut tarpeeksi tukeva. Asukkaista viisi oli sekä aamu- että iltatoimissa kahden hoitajan avustettavia. Molemmissa yksiköissä oli aamuvuorossa töissä kahdesta kolmeen hoitajaa ja iltavuorossa yhdestä kahteen hoitajaa. Olimme seuraamassa asukkaiden aamutoimia ja keskityimme erityisesti niihin, joiden avustaminen oli raskainta. Omatoimisempia asukkaita kävimme havainnoimassa, miten he liikkuivat apuvälineen kanssa.

Molemmissa yksiköissä kaikilla enemmän apua tarvitsevilla oli korkeussäädettävät sairaalasängyt, joista saa myös päädyn ylös. Yhdelle asukkaalle oli pyydetty potilasnostinta ja toiveissa oli saada kaksi nostoliinaa, jotta nostinta voitaisiin käyttää myös toisen asukkaan kanssa. Pesupäivinä jotkut asukkaat siirretään sängystä suoraan suihkutuoliin siirtojen minimoimiseksi. Muita käytössä olevia apuvälineitä oli turneri, sukanvetolaite ja wc-istuimen tukikahvat. Toisessa yksikössä siirtoihin ja nostoihin ei ollut käytössä rollaattorin lisäksi mitään apuvälineitä. Käynnin aikana nousi esiin puutteellinen tieto saatavilla olevista apuvälineistä ja niiden käytöstä. Hoitajat olivat sitä mieltä, että jos joitakin apuvälineitä hankitaankin, niiden käytöstä luovutaan, koska ne koetaan hankaliksi tai enemmän hoitotilannetta haittaaviksi kuin hyödyttäviksi tai niitä ei osata käyttää.

Hoitotilanteissa ergonomisia puutteita oli etenkin asukkaan kääntymisen, istumaan ja seisomaan nousemisen avustamisessa ja wc-käynnin yhteydessä tapahtuvissa siirroissa. Hoitotilanteissa painonsiirtoja käytettiin huonosti ja asukkaan aktivointi kääntymisissä sekä seisomaan ja istumaan nousuissa oli vähäistä tai puuttui kokonaan, mikä takia hoitajat joutuivat käyttämään paljon omia voimiaan. Nosto-, kääntö- ja siirto-tilanteissa hoitajilta puuttui usein jalkojen lihasvoiman hyödyntäminen ja työ teh-

tiin pääasiassa käsillä ja ylävartalolla. Siirroissa oli nähtävissä myös hoitajien polvien lukkoasentoja ja selän etukumaria asentoja.

Sängyn korkeus huomioitiin hyvin ja joidenkin asukkaiden kohdalla pyrittiin myös käyttämään asukkaan voimia vaipanvaihto- ja pukeutumistilanteessa. Pukemisessa ja tukisukkien laitoissa hoitajilla oli puolestaan hankalia asentoja ja useissa tilanteissa hoitajat kurkottelivat sängyn toiselle puolelle. Aamutoimissa välillä kiirehdittiin ja siirrot ja nostot tehtiin hätäisesti ajattelematta omaa asentoa tai asukkaan mukaan aktivoimista. Tämä tuntui aiheuttavan joissakin asukkaissa pelokkuutta ja tarttumisreaktion ensimmäiseen eteen sattuvaan kohteeseen. Ainakin kolmen asukkaan kohdalla nostotilanteissa toistui sama kuvio, jossa sängystä noustessa asukas jäi ”roikkumaan” hoitajien käsien varaan, koska jalat eivät kantaneet.

7.1.3 Fysioterapeutin haastattelu

Osana alkukartoitusta kävimme vapaamuotoisesti haastattelemassa Ruskatalojen fysioterapeuttia Elina Ruohosta. Hän työskentelee kaikissa Ruskatalojen palvelutaloissa ja on tekemisissä kaikkien yksiköiden kanssa, ja siten hänellä on kattavin yleiskuva Ruskatalojen ergonomia – asioista. Halusimme ennen koulutuksia kartoittaa hänen toimenkuvaansa ja työn kautta muodostunutta näkemystään talojen ergonomisista tarpeista sekä toiveita ja ajatuksia opinnäytetyömme suhteen. (Ruohonen henkilökohtainen tiedonanto 5.9.2011.)

Ruskataloissa fysioterapeutin toimenkuvaan kuuluvat yksilö- ja ryhmäterapiat (esim. tuolijumppa ja tasapainoryhmä); ergonomia- ja asentohoitoarviot; apuvälineiden tarpeen arviointi, tilaus ja niiden käytön ohjaus; henkilökunnan ohjaus ja koulutukset; erilaiset projektit sekä opiskelijaohjaukset. Eniten työaikaa fysioterapeutilta kuluu yksilö- ja ryhmäterapiaan ja ergonomia-arvioihin. Vähiten työaikaa vievät erilaiset projektit ja opiskelijaohjaukset. (Ruohonen henkilökohtainen tiedonanto 5.9.2011.)

Ergonomisina ongelmakohtina fysioterapeutti kokee perusergonomian (hoitajien omat asennot), apuvälineiden ja asukkaan omien voimavarojen puutteellisen käytön tai hyödyntämisen sekä asukassiirtojen ja –nostojen haasteellisuuden. Esimerkiksi

asukasta avustettaessa otetaan usein kiinni housujen vyötäröstä tai kainalosta. Usein myös tehdään liikaa asukkaan puolesta, vaikka asukas pystyisi itsekin auttamaan esimerkiksi siirtymisessä. Myös hoitajien taidoissa ja asenteissa on paljon eroja niin yksilöiden kuin yksiköidenkin välillä, mikä tuo oman haasteensa ergonomiseen työskentelyyn ja sen ohjaamiseen. Ergonomian siirtymistä käytäntöön haittaa eniten vanhat juurtuneet tavat. (Ruohonen henkilökohtainen tiedonanto 5.9.2011.)

Aikaisemmin taloissa on järjestetty keväisin ja syksyisin koulutukset, joissa joka yksiköstä on paikalla yksi työntekijä. Koulutuksissa on käyty läpi asentohoitoja, vuoteella siirtymisten ja kääntymisten sekä istumaan ja seisomaan nousun avustamista, kävelyn tukemista ja perusapuvälineitä. (Ruohonen henkilökohtainen tiedonanto 5.9.2011.)

Opinnäytetyöstämme saatavia tietoja ja kokemuksia fysioterapeutti ajatteli voivansa hyödyntää lähinnä omassa työssään. Koulutuksien sisällöksi hän toivoi perusergonomian, avustusotteiden ja asentohoitojen läpikäyntiä. Lisäksi hän toivoi, että koulutuksissa korostettaisiin perusergonomian sovellettavuutta kaikille asukkaille ja yhtenäisten käytäntöjen merkitystä avustamisessa, koska yksiköissä on paljon muistisairaita. (Ruohonen henkilökohtainen tiedonanto 5.9.2011.)

7.2 Ensimmäinen koulutuskerta

Ensimmäinen koulutuskerta molemmille ryhmille pidettiin marraskuussa 2011. Koulutukseen laadittiin diaesitys (Liite 2), jota käytettiin koulutuksen runkona. Ensimmäisellä koulutuskerralla käytiin läpi teoriaa ergonomiasta ja hoitotyön kuormittavuudesta sekä oman kehon hallintaa, luonnollisia liikemalleja ja avustusotteita teorian ja harjoitteiden kautta. Koulutuskerran alussa käytiin läpi myös yhteenvetoa alkukartoituksesta ja ensimmäisen kerran tavoitteet. Teoriaosuuden aikana pyrimme esimerkein ja keskustelua herättämällä linkittämään asiat käytäntöön.

Oman kehon hallinnan osuudessa käytiin läpi ryhtiä, kehon painopistettä ja keskilinjaa sekä tasapainoa ja siihen vaikuttavia tekijöitä taakkaa siirrettäessä. Näitä kaikkia havainnollistettiin kuvin, itse näyttämällä ja muutamalla harjoitteella. Oman kehon

hallintaa harjoiteltiin keskilinjan hakemisen harjoitteilla (muun muassa lantion kallistukset eteen ja taakse), painonsiirroilla, kyykistysarjoituksella, tasapainoisen asennon hakemisella ja käyntiasennon harjoittelemisella.

Tutustumiskäyntien yhteydessä tuli ilmi hoitajien huonot työasennot ja oman kehon puutteellinen huomiointi. Käyntien perusteella puutteita oli muun muassa hoitajien työasunnoissa, asukkaiden aktivoinnissa, apuvälineiden hyödyntämisessä ja luonnollisten liikemallien ja avustusotteiden käytössä. Saarinko-Weidemannin (2007, 41-42) kiinnitti tutkimuksessaan potilassiirtojen kuormittavuudesta huomiota samoihin puutteisiin hoitajien työtä havainnoidessaan.

Koulutuksissa lähdettiin oman kehon hallinnan tärkeydestä, joka on ergonomisen työskentelyn ja potilassiirtojen perusta. Oman kehon hallinnassa korostettiin perusasioiden huomioimisen tärkeyttä, vaikka virheellisiä asentoja ja pinttyneitä tapoja olisikin vaikea heti muuttaa. Oppimista voi tapahtua, jos on edes silloin tällöin aikaa pysähtyä miettimään, miten käyttää omaa kehoa oikein avustustilanteessa.

Myös asukkaan huomioiminen siirtotilanteessa ja asukkaan omien voimavarojen käyttö oli tutustumiskäyntien perusteella osittain puutteellista. Tähän pyrittiin ensimmäisellä kerralla vaikuttamaan luonnollisten liikemallien ja oikeiden avustusotteiden harjoittelulla. Avustusotteiden ja avustettavan voimavarojen hyödyntämisen yhteydessä korostettiin ja harjoiteltiin luonnollisia liikemalleja ensin oman kehon kautta ja sitten avustustilanteessa.

Ennen käytännön osuutta katsoimme Työterveyslaitoksen internetsivuilta videoleikkeet erilaisista potilassiirroista koulutettavien kanssa. Videoleikkeiden katsomisen tarkoituksena oli pohjustaa käytännön harjoittelua ja kiinnittää koulutettavien huomio oleellisiin asioihin. Luonnollisia liikemalleja pyrittiin havainnollistamaan ensin itse tekemällä; esimerkiksi jokainen kokeili, miten he itse nousevat sängystä ylös, ja sen jälkeen harjoiteltiin saman tilanteen avustamista parin kanssa. Ensimmäisellä kerralla pääpaino oli vähän apua tarvitsevien asukkaiden ohjaamisessa, avustamisessa ja aktivoimisessa. Koulutuksissa pyrittiin korostamaan sitä, että usein ei ole olemassa valmiita ratkaisuja ja toimintamalleja yksittäiselle henkilölle, vaan avustusotteita ja –keinoja on sovellettava avustettavan ja ympäristön mukaan.

Ensimmäisen kerran lopuksi koulutettavia pyydettiin miettimään omasta yksiköstä yksi asukas, jonka avustaminen on ongelmallista tai kuormittavaa. Tarkoituksena oli kuljettaa tehtävää mukana koko koulutuksen ajan ja etsiä siihen yhdessä ratkaisua. Tällä pyrittiin tehostamaan koulutuksessa saatujen tietojen ja taitojen siirtymistä käytäntöön. Tarkoitus oli, että hoitajat miettivät itse aktiivisesti ratkaisuja tilanteeseen ja saavat vinkkejä vielä seuraavasta koulutuskerrasta. Lopuksi koulutettavat täyttivät lyhyen palautelomakkeen koskien kyseisen päivän koulutusta (Liite 3).

Palautekyselyyn vastasi 11 vastaajaa eli kaikki ensimmäisiin koulutuskertoihin osallistuneet hoitajat. Palaute ensimmäisistä koulutuskerroista oli pääasiassa positiivista ja yksimielistä. Teorian osuus ja opeteltavien asioiden havainnollistaminen oli vastaajien mielestä riittävää, samoin kuin harjoitteiden määrä. Vastaajat kokivat koulutuksen selkeäksi kokonaisuudeksi. Eniten hajontaa vastauksissa oli väittämässä, jotka koskivat opeteltavien asioiden tuttuutta ja koulutuskerran hyödynnettävyyttä käytännön työssä. Suurin osa vastaajista kuitenkin koki opeteltavat asiat osittain tutuiksi. Koulutuskerran hyödynnettävyydestä oli täysin tai osittain samaa mieltä 10/11 vastaajasta. Muuta kommentoitavaa -kohtaan saimme seuraavanlaisia kommentteja: ”Hyvin toteutettu. Selkeä kokonaisuus. Hyvät esiintyjät”, ”Kertaus on aina hyväksi”, ”Oli hyvä että oli harjoitteita myös mukana”, ”Tosi hyvä! Tulee tarpeeseen!”, ”Hyvä, että tilanteita päästiin itse harjoittelemaan” ja ”Monipuolinen ja hyödyllinen”.

7.3 Toinen koulutuskerta

Toinen koulutuskerta pidettiin molemmille ryhmille joulukuussa 2011. Koulutuskertaa oli harjoittelupainotteinen, ja siinä käytiin läpi yleisimpiä potilassiirtotilanteita ja niissä käytettäviä apuvälineitä. Koulutuskerran alussa oli lyhyt teoriaosuus potilassiirtojen periaatteista ja apuvälineistä (Liite 4). Teorian tarkoituksena oli alustaa koulutusta ja palauttaa mieleen ensimmäisellä kerralla käytyjä asioita. Alkukyselyiden ja tutustumiskäyntien perusteella nousi vahva tarve perussiirtojen harjoittelulle. Näitä tilanteita on päivittäin paljon, ne ovat kuormittavia ja niissä oli havaittavissa paljon vääriä tekniikoita.

Käytännön osuus aloitettiin harjoittelemalla avustettavan siirtämistä vuoteesta liukulakanan, poikkilakanan ja fleximoven avulla. Nämä ovat hoitajien työssä päivittäin tarvittavia ja tuttuja siirtoja. Tutustumiskäynnillä kuitenkin havaittiin, että siirrot vuoteesta tehtiin pääasiassa käsivoimin ja jalkojen voiman käyttö oli puutteellista. Siksi koulutuksessa pyrittiin korostamaan oman kehon hallintaa ja painonsiirtojen käyttöä näissä harjoitteissa.

Vuoteesta ylösnousun avustamista harjoiteltiin jo ensimmäisellä kerralla, mutta nyt mukaan otettiin apuvälineen (fleximove) käyttö. Siirtoja sängystä pyörätuoliin harjoiteltiin nostovyön ja liukulevyn avulla. Tutustumiskäyntien perusteella moni asukkaista käyttää siirtymiseen kävelytelinettä, jonka käyttö oli ennestään tuttua ja hallittua, joten koulutuksissa ei harjoiteltu ylösnousua kävelytelineen avulla. Nostovyö ja liukulevy ovat molempien yksiköiden saatavilla, ja siksi niiden käytön kertauksesta ajateltiin olevan eniten hyötyä. Toisen ryhmän kanssa käytiin lisäksi läpi lattianostimen yhteydessä käytettävän siirtoliinan pukemista.

Toisen koulutuskerran lopussa käytiin läpi hoitajien valitsemia asukastilanteita teorian ja vapaan keskustelun pohjalta. Olimme miettineet etukäteen osan harjoitteista asukastapauksia ajatellen ja siten pyrittiin antamaan hoitajille vinkkejä ja ideoita, joita he voisivat kokeilla kyseisissä tapauksissa. Toisen kerran lopuksi koulutukseen osallistuneet täyttivät jälleen palautelomakkeen. Lomake oli muuten sama kuin ensimmäisellä kerralla, mutta kahta kysymystä oli muokattu paremmin toiseen koulutuskertaan sopivaksi (Liite 5).

Myös toisiin koulutuskertoihin osallistui 11 hoitajaa, joista kaikki vastasivat palautekyselyyn. Vastaajat olivat jälleen lähes yksimielisiä siitä, että koulutuksessa käydyt asiat olivat osittain ennestään tuttuja. Valtaosa vastaajista koki tälläkin kertaa teorian osuuden riittäväksi. Harjoitteissa käytettyihin apuvälineisiin sekä siirron ja noston harjoitteiden määrään oltiin myös tyytyväisiä. Koulutus koettiin selkeäksi kokonaisuudeksi ja 10/11 vastaajasta koki pystyvänsä hyödyntämään opittua käytännössä. Palautteiden mukana saimme seuraavanlaisia kommentteja: ”Kiitos miellyttävästä ja antoisasta luennosta x2. Tuli tarpeeseen.”, ”Kokeilemme uusia apuvälineitä yksikössä, mistä saimme tietoa ja harjoitusta”, ”Harjoitusta vielä enemmän ja paikanpäällä tapahtuvaa ohjeistusta”, ”Hyvä oli! Kokeillaan juttuja joita opittiin”, ”Tuli paljon

vinkkejä mitä pyrkii hyödyntämään mahdollisuuksien mukaan asukkaille, mutta isol-la kysymysmerkillä on toimiiko nämä dementia - potilaille.”, ”Tilanneharjoittelu käytännössä parempi” ja ”Hyvä asia että tullaan työpaikalle aitoon asiakastilanteeseen.”

7.4 Kolmas koulutuskerta

Kolmannen koulutuskerran tarkoituksena oli käydä asukastilanteet läpi käytännössä oikeissa avustustilanteissa. Molemmissa yksiköissä paikalla olivat vain kyseisen yksikön työntekijät. He olivat valinneet koulutuksen aikana kaksi asukasta, joiden kanssa perussiirtymiset ovat hankalia ja/tai kuormittavia. Ensimmäisessä yksikössä molempien asukkaiden kanssa oli ongelmia sängystä ylös nousun ja pyörätuoliin tai geriatriseen tuoliin (g-tuoli) siirtymisen avustamisessa. Lisäksi toisen asukkaan kohdalla hyvään istuma-asentoon avustaminen ja asennon korjaaminen g-tuolissa oli hankalaa.

Toisessa yksikössä molemmilla asukkailla erityistä haastetta avustustilanteisiin toi muistisairaus. Toisella asukkaalla ongelmana oli lähinnä liukulaudan avulla siirtyminen ja siinä yhteydessä tarrautuminen hoitajiin. Toisella taas voimakas jäykkyys aiheutti hankaluuksia sängyn laidalta makuulle siirtymisessä sekä istumaan nousussa.

Käytännössä hoitajat näyttivät ensin avustustilanteet, minkä jälkeen annoimme vinkkejä ja ohjeita, mitä tilanteissa voisi muuttaa. Välillä hoitajat keksivät myös itse jotain kokeiltavia keinoja. Antamamme ohjeet liittyivät muun muassa oman asennon korjaamiseen (esimerkiksi selän kierto liikkeen välttämiseen) ja painonsiirtojen käyttöön, sängyn korkeuden laskemiseen asukkaan ylös nousun helpottamiseksi, asukkaan luonnollisten liikemallien hyödyntämiseen, nousutuen käyttöön ja asennon korjaamiseen pyörätuolissa. Jokaisen asukkaan kohdalla käytettiin aikaa noin puoli tuntia.

Vierailukäyntien lopuksi koulutettavat täyttivät kaksi palautelomaketta, joista toinen koski pelkästään kolmannen kerran antia (Liite 6) ja toinen, laajempi lomake kaikkien kolmen koulutuskerran muodostamaa kokonaisuutta (Liite 7). Lisäksi sovittiin,

että toimitamme molempiin yksiköihin kuvalliset perusohjeet oikeasta työasennosta ja potilassiirtotilanteesta (Liite 8).

Kolmannen kerran palautelomakkeen vastauksissa oli enemmän hajontaa kuin ensimmäisen ja toisen koulutuskerran palautteissa. Kyselyyn vastasi yksitoista koulutettavaa. Kahdeksan vastaajaa oli täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että vierailukäynti yksikköön oli hyödyllinen kun taas kolme vastaajaa ei osannut sanoa tai oli osittain eri mieltä. Yhdeksän vastaajaa oli täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että käynnistä sai konkreettista apua siirtotilanteisiin ja kaksi vastaajaa ei osannut sanoa tai oli osittain eri mieltä. Palautelomakkeiden mukana saimme seuraavia kommentteja: ”Kiva kun tulitte paikan päälle yksikköön”, ”Oli hyvä kun siirtotilanteissa oli oikeat asukkaat, eikä hoitaja, joka keittää valmiiksi...”, ”Ajallisesti oli ollut kiva saada ´vinkkejä` ihan koko aamuvuoron ajan sekä iltavuoron. Vaikka työpariksi.”, ”Paljon hyötyä kun edellisestä koulutuskerrasta jo kuusi vuotta aikaa, uusien välineiden näkeminen oli hyvä juttu ja paljon uusia ideoita!”, ”Voisi olla hyvä jos fyssarit näkisivät enemmän oikeita siirtotilanteita ja sitten antaisivat kehitysohjeita.”; ”Hyviä ohjeita, pitää muistuttaa itseään, että tulisi käytettyä.”, ”Kiitos vinkeistä, kokeillaan käytännössä niitä yhdessä ja tilataan tarvittavia apuvälineitä”, ”Hyviä neuvoja käytännön tilanteisiin.”, ”Hyviä joitain ideoita/ajatuksia..” ja ”Enemmän näyttöjä asukkailla ja aikaa harjoittelulle, jotta voi harjoitella eri tavoin.”

Koko koulutusta koskevalla palautelomakkeella halusimme kartoittaa koulutettavien mielipiteitä eri koulutuskertojen tarpeellisuudesta ja hyödynnettävyydestä, kehitysehdotuksia niin koulutuksen kuin oman työpaikan ergonomiankin suhteen sekä halukkuutta osallistua mahdolliseen tulevaan koulutukseen tai kehitysprojektiin uuden oppinnäytetyön muodossa. Kyselyyn vastasi 12 vastaajaa. Kaikki vastaajat olivat täysin tai osittain samaa mieltä ensimmäisen koulutuskerran tarpeellisuudesta ja hyödynnettävyydestä ja toisen koulutuskerran kohdalla näin vastasi yksitoista vastaajaa. Kolmannen koulutuskerran suhteen mielipiteet erosivat hieman enemmän, sillä kolme vastaajaa ei osannut sanoa tai oli osittain eri mieltä koulutuskerran tarpeellisuudesta. Koko koulutuksen tarpeellisuudesta ja hyödynnettävyydestä täysin tai osittain samaa mieltä oli yhdeksän vastaajaa ja kaksi ei osannut sanoa. Kokonaisuudessaan palaute oli positiivista eikä mikään koulutuskerta noussut ylitse muiden, vaikka pieniä eroja olikin kertojen välillä.

Avoimeen kysymykseen, miten haluaisi kehittää ergonomian osaamista omalla työpaikalla, saimme monenlaisia vastauksia. Vastauksista kuusi liittyi koulutukseen ja ergonomiseen ohjaukseen, joita toivottiin järjestettävän enemmän ja säännöllisemmin, sekä opetuksen ja ohjauksen konkreettisuuteen. Vastauksista kolme liittyi oman työskentelyn parantamiseen ja kahdessa lomakkeessa kohta oli jätetty tyhjäksi. Vastaa-
taajista kymmenen olisivat halukkaita osallistumaan jatkokoulutukseen tai ergonomian kehittämiseen omalla työpaikalla.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

8.1 Suunnittelu

Opinnäytetyöprosessin alussa tavoitteena oli Ruskatalojen ergonomiaosaamisen kokonaisvaltainen kehittäminen ja uusien koulutusmallien kokeilu. Ajatuksena oli luoda myöhemmin ergonomiakoulutuksessa hyödynnettävä koulutuspaketti Ruskatalojen käyttöön. Käytännössä näin laaja tavoite osoittautui liian haastavaksi. Jos työpaikan käytäntöjä ja ergonomian koulutusta aiotaan kehittää, se vaatii molemmilta tahoilta sitoutumista ja riittävästi resursseja. Laajempi kehittämistyö olisi vaatinut meiltä paljon enemmän työtunteja, kuin opinnäytetyöhön sisältyy. Toisaalta Ruskataloissa työskentelee tällä hetkellä vain yksi fysioterapeutti, joka vastaa kaikkien neljän suuren palveluasumisyksikön kuntoutus- ja ergonomia-asioista. Ruskataloissa on yhteensä lähes 400 palveluasuntoa ja palveluasumispaikkaa (Ruskatalojen [www-sivut](#) 2012) ja tälläkin hetkellä ergonominen ohjaus ja ergonomiakoulutukset vievät ison osan fysioterapeutin työajasta. Ajattelemamme uuden koulutuspaketin ja/tai -mallin toteuttaminen jatkossa olisi siten vaatinut enemmän resursseja tai jonkun ulkopuolisen tahon sitouttamista sen toteuttamiseen.

Koulutusten suhteen pysyimme suunnitellussa aikataulussa. Muokkasimme suunnitelmaa alkukartoituksesta nousseiden tarpeiden sekä työyhteisön resurssien mukaan. Alun perin koulutuskertoja piti olla vain kaksi ryhmää kohden, mutta alkukartoituksen jälkeen suunnitelmaan lisättiin yksiköistä nousseiden toiveiden perusteella kol-

mas yksiköissä toteutettava kerta. Halusimme näin tehdä opinnäytetyöstä työpaikkalähtöisemmän ja vastata juuri näiden tiettyjen yksiköiden tarpeisiin.

Aluksi suunnitelmana oli antaa koulutukseen osallistuville kaksi tehtävää. Toisesta, oman ergonomian kehittämiseen liittyvästä tehtävästä luovuttiin koska hoitajien työ on jo muutenkin kuormittavaa. Halusimme panostaa toiseen, ryhmätyötä vaativaan tehtävään, jotta tehtävä hyödyttäisi enemmän koko työtiimiä. Koulutettavien tehtävään sitouttamiseen olisimme voineet panostaa enemmän, sillä nyt emme saaneet mitään näyttöä siitä, oliko tehtävää oikeasti työstetty työpaikalla ja oliko hankalia avustustilanteita mietitty ryhmissä. Olisimme voineet esimerkiksi antaa koulutettaville kahden ensimmäisen kerran jälkeen kirjallisen tehtävän, joka olisi käyty läpi seuraavalla kerralla.

8.2 Teoriatiedon kokoaminen

Teoriatietoa koottiin koko prosessin ajan. Vaikeinta oli löytää teoria- ja tutkimustietoa suoraan palveluasumiseen liittyvään hoitotyöhön ja kodinomaisissa oloissa tehtävän työn kuormittavuuteen ja ergonomiaan. Koulutukset suunniteltiin pääasiassa alkukartoituksen ja yksiköistä tulleiden toiveiden pohjalta. Meillä oli kuitenkin teoriapohjaa omasta koulutuksesta, koska koulutukseemme kuuluu muun muassa ergonomiaopetusta potilassiirroissa, biomekaniikan opintoja ja apuvälineisiin ja niiden käyttöön tutustumista. Koulutusten jälkeen aloimme etsiä lisää teoriaa ja erilaisia tutkimuksia. Etsiessämme teoriatietoa opinnäytetyöhön huomasimme, että monissa ergonomiakoulutuksissa on ollut lähes samoja asioita. Aluksi suunnittelimme, että menisimme koulutuksissa syvemmälle ihmisen biomekaniikkaan. Ymmärsimme kuitenkin, että aika ei riitä tähän eikä hoitajilla välttämättä ole riittäviä perustietoja potilassiirtoihin liittyvästä biomekaniikasta. Koulutusten jälkeen olimme tyytyväisiä siihen, että olimme karsineet liian syvälliset asiat pois, sillä koulutusten aikana tuli esiin, että vähäisempikin teorian osuus oli riittävä. Jo perusasioiden, kuten työasentojen ja avustusotteiden, harjoittelu osoittautui haasteelliseksi, ja uskomme, että niihin käytetty aika oli koulutettaville antoisampaa kuin teoriatieto.

8.3 Käytännön toteutus

Ensimmäiset koulutuskerrat menivät yli omien odotustemme. Molemmissa ryhmissä kaikki osanottajat olivat paikalla, mikä oli erittäin positiivista ja kannustavaa meidän kouluttajien näkökulmasta. Tähän vaikutti varmasti paitsi hoitajien kiinnostus koulutusta kohtaan myös se, että he saivat käyttää koulutuskertoihin työaikaansa. Ryhmien koko oli sopivan pieni, mikä tuli esiin etenkin potilassiirtojen harjoittelun yhteydessä. Emme kysyneet hoitajien mielipidettä ryhmäkoosta, mutta ainakaan emme kuulleet heiltä huonoa palautetta sen suhteen.

Ensimmäisillä kerroilla pysyimme aikataulussa ja saimme käytyä läpi kaikki suunnitellut asiat, lukuun ottamatta lattialta ylösnousun ohjaamista toisen ryhmän kanssa. Teoriaosuuden aikana pyrimme linkittämään asiat käytäntöön esimerkein ja keskustelua herättämällä. Ensimmäisillä kerroilla keskustelua tuli molempien ryhmien kanssa kiireestä ja kuormittavista hoitotilanteista. Toisen ryhmän kanssa keskusteltiin myös sängyn oikeasta korkeudesta ja yhteistyökyvyttömän asukkaan avustamisesta. Tässä ryhmässä tuli paljon keskustelua ja kysymyksiä myös muista kuin koulutuksessa käydyistä avustustilanteista, mikä sinänsä oli hyvä asia emmekä halunneet keskeyttää hyviä keskusteluja. Oman kehon hallinnan ja avustusotteiden ja avustettavan voimavarojen käytön osioissa emme saaneet viritettyä kunnon keskustelua, mutta hoitajat kuitenkin vaikuttivat kiinnostuneilta ja kuuntelivat.

Yleisesti molemmissa ryhmissä oli paljon vuorovaikutusta etenkin harjoitteiden yhteydessä. Erityisesti avustustilanteita harjoiteltaessa tuli paljon keskustelua ja kysymyksiä hoitajien työssä vastaan tulevista tilanteista. Pyrimme vastaamaan näihin kysymyksiin parhaamme mukaan. Ryhmissä oli avoin ilmapiiri ja hoitajat kyselivät rohkeasti, kun heille tuli mieleen joitakin ongelmatapauksia.

Hoitajille haastavimmaksi osoittautui oman kehon hallinta ja siihen liittyvät harjoitteet. Perusharjoitteet, kuten painonsiirto ja oikeaoppinen kyykistyminen, osoittautuivat monille hankaliksi. Erityisesti oman kehon käytön periaatteet taakan siirrossa ja nostossa vaikutti olevan kiinnostavaa ja uutta tietoa. Painonsiirroissa ja käyntiasennoissa osaaminen oli hyvin eritasoista: osalla kehonkäyttö kehonhallinnan harjoituksissa ja avustustilanteissa oli hyvin puutteellista, osalla oli perustaidot kunnossa tai

ainakin he pystyivät korjaamaan asentojaan ohjatusti ja osa oli jotain siltä väliltä. Ne hoitajat, jotka olivat kiinnostuneita kehonhallinnasta ja painonsiirtojen käytöstä, pystyivät varmasti siirtämään opittua käytäntöön. Osa taas ei tuntunut näkevän oman kehon hallinnan ja potilassiirtojen yhteyttä, jolloin annetun tiedon ja harjoiteltujen tapojen hyöty käytännön työssä jää vähäiseksi.

Avustusotteita ja -tilanteita harjoiteltaessa pyrimme vielä uudelleen korostamaan oman kehon hallinnan merkitystä, koska ergonomiset perusasiat ja -asennot sekä painonsiirrot tuntuivat olevan monella puutteellisia. Tutkimustenkin mukaan parhaimpiin oppimistuloksiin potilassiirtojen harjoittelussa päästään harjoittelemalla ensin oman kehon hallintaa, jonka jälkeen taitoja hienosäädetään liittämällä ne perusliikkumisen periaatteisiin (Tamminen- Peter 2005, 92). Koulutuksissa näiden taitojen oppimiseen olisi tarvittu paljon enemmän aikaa ja toistoja, kuin lyhytaikaisen koulutuksen puitteissa on mahdollista. Motorisen oppimisen teorian mukaan liikkeiden oppiminen, sisäistäminen ja oman kehon käytön soveltaminen eri tilanteisiin vaatii paljon toistoa ja harjoittelua (Kauppi ym. 2010, 103; Kauranen, K. 2011, 359). Halusimme kuitenkin tuoda esiin työasentojen tärkeyden ja niiden merkityksen hoitotyössä. Tärkeintä lyhyissä koulutuksissa on kiinnittää oman kehon käyttöön huomiota avustustilanteita ja potilassiirtoja ohjattaessa. Oman kehon hallinnan harjoitteiden osuudessa jäi epävarmaksi, miten hoitajat ne kokivat, mutta ainakin kaikki keskittyivät harjoituksiin eikä kukaan kyseenalaistanut ääneen niiden tarpeellisuutta.

Käytimme koulutuksissa erilaisia ohjaustapoja, koska ihmiset oppivat eri tavoilla. Kerroimme teoriaa, käytimme kuvia ja videoita havainnollistamaan teoratietoa, näytimme siirtoja ja osallistujat pääsivät myös itse harjoittelemaan. Osallistujat saivat olla hoitajia, potilaita ja he saivat myös palautetta siirtotekniikastaan. Tamminen-Peterin (2005,43) tutkimuksen mukaan ei ole pystytty todistamaan millä tapaa ihminen oppii uusia motorisia taitoja parhaiten. Koulutuksissa pyrimme käyttämään erilaisia opetuskeinoja yhdistämällä teoriaa, käytännön harjoittelua ja havainnollistamalla potilassiirtoja kuvilla, videoilla sekä itse näyttämällä.

Myös toisilla koulutuskerroilla osanotto oli 100%. Suunnitelmia sekoitti hieman se, että kolme hoitajaa oli tietämättämme vaihtanut päittäin osallistumispäivää ja yksi tuli vielä ylimääräisenä toisesta ryhmästä. Tämä sekoitti asukastapausten läpikäymis-

tä, koska ensimmäisellä kerralla olimme valmistautuneet antamaan toisen yksikön työntekijöille vinkkejä ja opastusta eri asukkaan kanssa toimimiseen. Lähes pelkäämään käytännön harjoittelusta koostuvat toiset kerrat olivat haastavampia ohjata, ja suunnittelun järjestyksen ja aikataulun pitäminen osoittautui käytännössä vaikeaksi. Kouluttajan kannalta tilanne tuntui välillä lähes kaoottiselta, mutta muuten koulutuskerroista jäi pääasiassa onnistunut olo.

Hoitajat osallistuivat aktiivisesti käytännön harjoituksiin, ja niistä tuli myös paljon keskustelua ja kommentteja. Välillä hoitajat myös oma-aloitteisesti kokeilivat muita kuin ohjattuja siirtoja ja kuvittelivat suunnittelevansa siirron jollekin omalle asukkaalleen. Tässä mielestämme toteutui hyvin tarkoituksemme tukea tietojen ja taitojen soveltamista hoitajien käytännön työhön. Painonsiirtojen ja jalkojen voiman käytön yhdistäminen potilassiirtoihin vaikutti olevan uutta monelle koulutettavalle. Hoitajat saivat kokemuksia ja oivalluksia siitä, miten jalkojen lihasten käyttö keventää siirtoa ja vähentää yläraajoihin ja hartiaseutuun kohdistuvaa kuormitusta. Koulutuksissa tämä onnistui monelta hyvin, mutta vanhat totut liikemallit vaikeuttivat uusien oppimista ja hoitajat kokivat uusien tapojen siirtämisen käytännön työhön vaikeaksi.

Usein koulutukset järjestetään kokonaan irrallaan hoitotyön ympäristöstä. Tällöin tuntuma oikeisiin avustustilanteisiin ja avustettaviin jää koulutuksesta pois. Tässä opinnäytetyössä koulutuksen viimeinen osa toteutettiin yksiköissä oikeiden avustettavien kanssa. Halusimme saada liitettyä koulutukseen enemmän käytännön hoitotyöhön liittyvän osion, koska tutkimusten mukaan potilaana on usein terve ja nuori ihminen tai mallinukke, jolloin tilanne ei ole aito ja hoitaja ei pysty arvioimaan potilaan tilannetta tai voimavaroja oikein ja soveltamaan taitojaan sen mukaan (Tamminen-Peter 2005, 43).

Vierailuihin yksiköissä emme varautuneet erityisesti vaan menimme paikan päälle ja annoimme spontaanisti neuvoja oikeissa avustustilanteissa. Molemmat kerrat menivät odotettua paremmin ja oli yllättävää huomata, miten paljon pystyimme antamaan neuvoja. Kaikkiin ongelmiin ja kysymyksiin emme osanneet antaa selkeää vastausta ja osa neuvoista jäi hoitajien myöhemmin kokeiltavaksi. Käytännössä isoimpia ergonomisia ongelmia näyttivät edelleen olevan hoitajien omat työasennot, avustusotteet ja apuvälineiden puutteellinen käyttö. Käytännön tilanteissa oli helpompi antaa

konkreettisia ohjeita ja ehdotuksia hoitajille. Samalla itsekin huomasi, että vaikka teoriassa joku asia tuntuu selkeältä ja toimivalta, se ei se aina ole sitä käytännön tilanteessa. Aidossa avustustilanteessa esimerkiksi siirron sujuvuuteen vaikuttaa paljon avustettavan sairaus ja yhteistyökykyisyys.

Saimme positiivista palautetta etenkin kolmannen kerran toteuttamisesta yksiköissä, jolloin olimme paikan päällä yksiköissä ja siirtoja harjoiteltiin oikeilla avustettavilla. Hoitajat olisivat halunneet, että koulutuksissa olisi käytetty jopa enemmän aikaa oikeiden avustettavien kanssa harjoittelemiseen.

8.4 Kuntouttava hoitotyö

Luonnollisten liikemallien omakohtaisella kokeilulla (esim. miten itse nousee sängystä ylös) pyrittiin tuomaan esiin avustettavan näkökulma ja jokaisen omien totuttujen liikkumistapojen huomioimisen tärkeys. Harjoittelu tuottikin koulutettaville oivalluksia juuri näistä asioista. Havainnoimalla toisia todettiin myös, että pienestäkin ryhmästä löytyi monia erilaisia perusliikkumisen malleja, joista mikään ei ole oikea tai väärä. Monille koulutettavista oikeiden avustusotteiden miettiminen oli uutta, vaikka niillä saadaan helposti ja yksinkertaisilla säännöillä luotua avustustilanteista mukavampia ja sujuvampia sekä hoitajalle että avustettavalle. Samalla avustustilanteista tehdään huomattavasti vähemmän hoitajaa kuormittavia. Hoitajat saivat oivalluksia siitä, miten helposti voidaan aktivoida avustettavaa kuormittamatta itseä.

Harjoiteltaessa perusliikkumisen ja -siirtymisten ohjaamista sekä oikeita avustusotteita näissä tilanteissa hoitajien kesken syntyi paljon keskustelua oman yksikön asukkaista. Koulutettavat miettivät harjoittellessaan, kenelle asukkaalle näitä oppeja voisi käytännössä hyödyntää. Jotkut hoitajista kokivat ”terveillä” työtovereillaan harjoittelun vaikeaksi soveltaa oikeisiin asiakkaisiin ja avustustilanteisiin. Epäilystä opitun toimivuudesta käytännössä herätti etenkin joidenkin harjoiteltujen tapojen toimivuus muistisairaiden ja käytöshäiriöisten kohdalla. Yleisesti harjoittelu koettiin kuitenkin hyödylliseksi ja mielekkääksi.

Hyvin usein kiire haittaa kuntouttavan hoitotyön toteutumista. Kuitenkin jokaisen avustettavan yksilöllisten seikkojen huomioiminen ja esimerkiksi oikeasta kohdasta avustaminen vaatii vain vähän lisääaikaa ja vähentää hoitajan kokonaiskuormitusta. Osa hoitajista mainitsi miettivänsä koulutusten jälkeen enemmän omia työasentojaan ja kuulumme positiivisia kokemuksia etenkin avustusotteiden ja luonnollisten liike-mallien käytöstä vähän avustusta tarvitsevien kanssa. Muutosta kuntouttavan hoito-työn käytössä on vaikea arvioida näin lyhyen koulutuksen perusteella. Kuntouttavan hoitotyön toteutumiseen vaikuttaa paljon hoitajien asenne ja yleinen ilmapiiri ja muutokset niissä vaativat aikaa.

8.5 Potilassiirrot

Potilassiirtoharjoitteiksi valitsimme kaikille tutut, tavallisimmat ja eniten käytettävät siirrot, kuten sängyssä avustaminen, istumaan nousu, seisomaan nousu, asennon korjaus pyörätuolissa ja siirto sängystä pyörätuoliin. Erityisen antoisaa koulutettaville vaikutti olevan potilaan sängyssä ylöspäin siirron/kääntämisen harjoittelu poikkilakanaa apuna käyttäen. Korostimme tässä sinällään tutussa hoitotilanteessa käyntiasentoa ja voiman tuottoa jalkalihaksilla sekä siirtämistä selkä menosuuntaan päin. Moni hoitajista oivalsi jalkojen oikean tekniikan, painonsiirron ja käsien passiivisen roolin keventävän siirtoa huomattavasti. Eniten vastustusta ja epäluuloa herätti asennon korjaamisen pyörätuolissa ja hemiplegia-potilaan sängystä pyörätuoliin siirtämisen harjoittelu. Osa koki kyllä asennon korjaamisen näyttämällämme tavalla toimivaksi, mutta osa puolusti edelleen vaatteista kiskomista ja koki lantiosta avustamisen hankalaksi. Hemiplegia-potilaan halvaantuneen puolen raajan tukeminen koettiin hankalaksi.

Mielestämme onnistuimme siirtojen valinnassa hyvin ja niistä jokaisen harjoittelu oli tarpeellista. Annoimme hoitajille tilaa ja aikaa harjoitella siirtoja ryhmissä, mikä mahdollisti tilanteesta ja kokemuksista keskustelemisen. Ryhmien koko oli tarpeeksi pieni ohjaamisen kannalta, sillä isompaa ryhmää olisi ollut vaikea hallita. Pienissä ryhmissä kaikilla oli tilaa ja aikaa harjoitella ja ehdimme antaa enemmän palautetta suorituksista. Uskomme, että tämä vaikutti myönteisesti siirtotaitojen oppimiseen. Ryhmäkoko ja se, että ryhmässä oli koulutettavia kahdesta eri yksiköstä, tuntui toi-

mivalta myös hoitajien kannalta. Saman yksikön hoitajat pystyivät keskustelemaan siirtotapojen ja apuvälineiden käytettävyydestä oman yksikkönsä asukkaille. Toisaalta eri yksiköiden työntekijät pystyivät jakamaan keskenään käytännön kokemuksia ja vinkkejä avustustilanteista.

Oman alamme koulutukseen sisältyy ergonomia tunteja, jolloin itse pääsimme harjoittelemaan erilaisia potilassiirtoja. Tätä kautta meillä oli jo tietoa ja taitoa potilassiirtojen tekemisestä. Olisi ollut hyvä itse harjoitella siirtoja enemmän vielä ennen koulutusta (nyt kävimme ne kerran läpi) herätelläksemme aikaisemmin opittua. Toisaalta aikataulu oli tiukka, koska ensimmäisten ja toisten koulutuskertojen välillä oli aikaa vain viikko. Potilassiirtojen tekniikat näytimme koulutettaville ensin työterveyslaitoksen sivuilla olevilta videoilta, joissa avustettava oli oikea potilas. Tällä tavoin koulutettavat näkivät ennen harjoittelua, miten siirron tulisi oikeasti tapahtua. Videon jälkeen näytimme vielä itse, miten siirto tulisi suorittaa. Tämän jälkeen koulutettavat saivat harjoitella siirtoja toisilleen ja saivat palautetta ja ohjeistuksia suorituksestaan.

8.6 Apuvälineet

Alkukartoituksen perusteella siirron apuvälineiden saatavuus yksiköissä oli puutteellista. Hignettin (2003) tutkimuksen mukaan perusapuvälineitä, kuten nostolaitteita, nousutukia, liukulakanoita, liukulevyjä ja kävelyvöitä, pitäisi löytyä jokaisesta hoitolaitoksesta.

Koulutuksiin valitsimme yleisimpiä käytössä olevia siirron apuvälineitä. Näitä perusapuvälineitä olivat liukulakana, fleximove, nostovyö, pyörätuoli ja liukulevy. Fleximoven käyttö siirroissa oli hoitajien mielestä todella antoisaa. Kokeilimme sillä useampia avustus-/siirtotilanteita ja hoitajat kokivat sen käteväksi ja monipuoliseksi apuvälineeksi etenkin raskaille ja jäykille asukkaille. Otimme fleximoven mukaan myös kolmansilla koulutuskerroilla, jolloin hoitajat saivat kokeilla sen käyttöä oikeiden potilaiden kanssa ennen kuin he mahdollisesti pyytävät sellaista hankittavaksi omaan yksikköön. Nostovyön käyttöön olisimme voineet perehtyä paremmin, sillä nyt sen kanssa siirtyminen ei toiminut kunnolla. Nostovyö liukui ylöspäin siirrettäessä ja emme osanneet kunnolla neuvoa, mitä olisi voinut tehdä toisin. Vasta jälkeen-

päin ymmärsimme, että monet yrittivät vyön kanssa siirtäessä nostaa potilasta eivätkä liu`uttaa sivusuunnassa. Nostovyötä käytetään helposti väärin, ja jo sen nimi antaa virheellistä viitettä siitä, että sitä kuuluu käyttää kirjaimellisesti avustettavan nostamiseen.

Koulutuksissa käytettyjen apuvälineiden valinnassa onnistuimme mielestämme hyvin. Erilaisia apuvälineitä oli sopiva määrä ja ne olivat helppokäyttöisiä. Lisäksi näiden tavallisimpienkin apuvälineiden käytön hallitseminen oli monella koulutettavalla puutteellista ja tavallisetkin siirrot niiden kanssa vaativat opastusta. Koimme hoitajien oppivan periaatteet koulutuksessa käytettyjen apuvälineiden käytöstä. Ainoastaan nostovyön käyttöä emme osanneet opettaa kunnolla ja nostimen käytön ja nostoliinan pukemisen harjoittelu jäi koulutuksesta pois, koska koulumme ainoa potilasnostin oli epäkunnossa.

8.7 Johtopäätökset ja jatkosuunnitelma

Koulutuksen perusteella voisimme päätellä, että Ruskataloissa olisi hyvä pitää ergonomiakoulutuksia säännöllisin väliajoin. Alkukartoituksessa ja koulutuksissa havaitsimme puutteita perusergonomisissa taidoissa, erityisesti oikeiden työasentojen ja oman kehon käytössä, avustusotteissa ja apuvälineiden käytössä. Tulevaisuudessa sisäisissä koulutuksissa pitäisi kiinnittää huomiota näiden asioiden harjoitteluun. Hyvää palautetta saimme jalkautumisesta yksiköihin ja harjoittelutilaisuuden järjestämisestä oikeissa avustustilanteissa. Tätä voisi yrittää hyödyntää jatkossakin järjestämällä koulutuksia yksiköissä, joissa esimerkkitapauksina toimisivat oikeat asukkaat. Ennen ergonomiakoulutusta fysioterapeutti voisi kerätä eri yksiköistä toiveita tai asiakastapauksia, joissa avustustilanne on jostain syystä hankalaa ja kuormittavaa. Fysioterapeutti ja hoitajat voisivat yhdessä harjoitella näitä tilanteita ja etsiä niihin ratkaisuja.

Hoitajat toivoivat lisää mahdollisuuksia tällaisiin oppimistilanteisiin. Antaessamme neuvoja ja pohtiessamme hankalia avustustilanteita hoitajien kanssa huomasimme, että heiltä tuli usein hyviä ja käytännönläheisiä ideoita ehdotustemme soveltamiseen. Lisäksi he oma-aloitteisesti kokeilivat koulutuksessa harjoiteltuja asioita oikeiden

asukkaiden kanssa. Fysioterapeutin ei tarvitse olla kaiken tarvittavan tiedon antaja, vaan kokemamme perusteella tärkeintä on välittää tilanteisiin liittyvä ammatillinen tieto ja asiantuntemus hoitajien käyttöön. Hoitajien tehtäväksi jää tiedon soveltaminen ja toteuttaminen käytännössä, sillä loppujen lopuksi he ovat asiantuntijoita asukkaiden ja käytössä olevien hoitotyön keinojen suhteen. Koulutuksissa tulisikin korostaa tietojen ja taitojen soveltamista erilaisten asukkaiden avustamiseen ja rohkaista hoitajia itse keksimään luovia ratkaisuja.

Apuvälineet ovat tärkeä tekijä hoitajien kuormituksen vähentämisessä. Tutustumiskäynneillä tuli ilmi siirron apuvälineiden puute, mikä vaikeuttaa hoitajien työskentelyä ja aiheuttaa osaltaan muun muassa hankalia työasentoja, käsin kannattelua ja asukkaiden vaatteista kiskomista. Siksi koulutuksissakin käyttämämme tavallisimmat siirtojen apuvälineet tulisi olla jokaisen yksikön saatavilla. Toisaalta tarvitaan myös opastusta apuvälineiden käytössä, sillä apuvälineiden helppo saatavuus ei yksinään poista ongelmaa. Kuormittavia tilanteita syntyy silloinkin, kun apuvälineitä käytetään väärin tai väärissä asennoissa.

Jatkoa ajatellen yksi vaihtoehto kehittää ja ylläpitää ergonomian osaamista olisi perustaa ergonomiasta vastaava tiimi, johon kuuluisi jokaisesta yksiköstä yksi työntekijä. Hänen tehtävänä olisi kouluttautua säännöllisesti ja toimia yksikkönsä ergonomiavastaavana, huolehtia yksikkönsä apuvälineistä ja muiden yksikön työntekijöiden tietojen päivittämisestä. Ergonomiatiimi voisi kokoontua säännöllisesti keskustelemaan ja miettimään talon yhteisiä ergonomiaan liittyviä kysymyksiä. Koska fysioterapeutin resurssit ovat rajalliset, tällä tavoin saataisiin muitakin työntekijöitä sitoutettua ergonomian kehittämiseen ja siirrettyä vastuuta omasta työergonomiasta enemmän hoitajille.

Loppukyselyiden mukaan koulutukseen osallistuneet hoitajat olisivat jatkossa innokkaita osallistumaan ergonomian kehittämiseen omalla työpaikallaan. Kehittämisideoita voisi kartoittaa vielä tarkemmin uuden projektin tai opinnäytetyön puitteissa, jolloin saataisiin laajempi kuva Ruskalinnan tai kaikkien Ruskatalojen ergonomisista kehittämistarpeista ja -halukkuudesta.

LÄHTEET

- Ahonen, J., Sandström, M., Laukkanen, R., Haapalainen, J., Immonen, S., Jansson, L. & Fogelholm, M. 2002. Alaraajojen rakenne, toiminta ja kävelykoulu. Jyväskylä: VK-kustannus Oy.
- Alaranta, H., Pohjolainen, T., Salminen, J. & Viikari-Juntura, E. (toim.). 2003. Fysiatria. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim.
- Antti-Poika, M., Martimo, K-P., Husmann, K. (toim.). 2003. Työterveyshuolto. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Fagerström, V. 2008. Potilasnostimien käytettävyys. Työterveyslaitos. Viitattu 18.9.2012. <http://www.ttk.fi>
- Heikkinen E. & Rantanen T.(toim.). 2008. Gerontologia.Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Hignett, S.2003. Systematic review of patient handling activities starting in lying, sitting and standing positions. Journal of Advanced Nursing 41(6), 545-552.Viitattu 6.9.2012. <http://web.ebscohost.com>
- Hänninen, O., Koskelo, R., Kankaanpää, M., Airaksinen, O. 2005. Ergonomia terveydenhuollossa. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino.
- Kauppi, I., Kähtävä, S., Lipasti, K., Niemi, T., Tamminen, E. & Vaaramo, P. 2010. Hoitoa ja huolenpitoa ammattitaidolla. Helsinki: Edita Prima.
- Kauranen, K. 2011. Motoriikan säätely ja motorinen oppiminen. Liikuntatieteellisen Seuran julkaisu nro 167. Tampere: Tammerprint Oy
- Kauranen, K. & Nurkka, N.2010. Biomekaniikkaa liikunnan ja terveydenhuollon ammattilaisille. Liikuntatieteellisen Seuran julkaisu nro 166. Tampere: Tammerprint Oy.
- Kukkonen, S. & Piirainen A. 1990. Ihmisen perusliikkuminen ja sen edistäminen. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Launis, M., Lehtelä, J.(toim.).2011. Ergonomia. Työterveyslaitos: Tammerprint Oy, Tampere.
- Lehmuskoski, A. 2005.Sosiaalihuollon tietoteknologiahanke. Selvitys sosiaalihuollossa käytettävistä termeistä 2005: Liite 2: Kuntien ja kuntayhtymien talous- ja toimintatilaston luokitukset 2006. Kuopion yliopisto: Terveystalouden ja -talouden laitos. <http://www.sosiaaliportti.fi/File/8a4ca51d-f6d7-47d1-88cf-bd47bb44bf0c/Termiselvitys.pdf>
- Nuikka, M-L. 2002. Sairaanhoitajien kuormittuminen hoitotilanteissa. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.

Perkiö-Mäkelä, M., Hirvonen, M., Elo, A-L., Kandolin, I., Kauppinen, K., Kauppinen, T., Ketola, R., Leino, T., Manninen, P., Miettinen, S., Riejula, K., Salminen, S., Toivanen, M., Tuomivaara, S., Vartiainen, M., Venäläinen, S. & Viluksela, M. 2010. Työ ja terveys –haastattelututkimus 2009. Helsinki: Työterveyslaitos.

Rantsi, H. 2007. Ergonomiakoulutusta potilaan avustamiseen. Sairaala 1, 28-31.

Routasalo, P. & Lauri, S. 2001. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävä hoitotyön malli. Gerontologia 3, 207-216.

Ruuhonen, E. 2011. Fysioterapeutti, Ruskatalojen palveluyhdistys ry. Pori. Henkilökohtainen tiedonanto 5.9.2011.

Ruskatalojen Palveluyhdistys ry:n www-sivut. Viitattu 15.6.2011 ja 11.9.2012. www.ruskatalot.fi

Saarinko-Weidemann, E. 2007. Potilassiirtojen kuormittavuus –Hoitajien fyysisen kuormittumisen ja potilassiirtotaitojen arviointi helsinkiläisessä vanhainkodissa ja palvelutalossa. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto: Biolääketieteen laitos. Viitattu 4.9.2012.

http://www.uef.fi/c/document_library/get_file?uuid=3a1fe4de-9c47-4d99-b9e1-ce56a4437067&groupId=24084&p_1_id=2297388

Salminen A-L (toim.). 2010. Apuvälinekirja. Kouvola: Solver Palvelut Oy.

Sandström, M., Ahonen, J. 2011. Liikkuva ihminen- aivot, liikuntafysiologia ja sovellettu biomekaniikka. Keuruu: VK – kustannus.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:18. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 26.9.2011. www.stm.fi

Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Helsinki; Yliopiston kirjapaino. Viitattu 10.2.2012. <http://www.stm.fi>

Talvitie, U., Karppi, S-L, Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. Helsinki; Edita.

Tamminen- Peter, L. 1997. Ergonomiasta kevennystä työhön. Työterveiset, Työterveyslaitoksen tiedotuslehti 2, 31-33.

Tamminen- Peter, L. 2005. Hoitajan fyysinen kuormittuminen potilaan siirtymisen avustamisessa – Kolmen siirtomenetelmän vertailu. Akateeminen väitöskirja. Turun yliopisto. Viitattu 11.9.2012 www.samk.fi/kirjasto/tyrni

Tamminen-Peter, L., Eloranta, M-B., Kivivirta, M-L., Mämmelä, E., Salokoski, I., Ylikangas, A. 2007. Potilaan siirtymisen ergonominen avustaminen: Opettajan kirja. Helsinki; Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Viitattu 23.1.2012. www.stm.fi

Tamminen- Peter, L., Moilanen, A., Fagerström, V. 2010. Fyysisten riskien hallintamalli hoitoalalla. Työterveyslaitos. Tampere: Tammerprint Oy

Tamminen-Peter, L., Wickström, G. 1998. Potilassiirrot -taitava avustaja aktivoi ja auttaa. Työterveyslaitos: Helsinki.

Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.). Geriatria 2003. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen www-sivut: ISO 9999 Apuvälineluokitus. Viitattu 12.7.2012. www.thl.fi

Työsuojeluhallinto. 2006.Käsin tehtävät nostot ja siirrot työssä. Työsuojeluoppaita ja -ohjeita 23. Tampere: Kirjapaino Hermes. Viitattu 29.5.2012. <http://www.ttl.fi>

Työsuojeluhallinnon www-sivut. Viitattu 25.9.2012. <http://www.tyosuojelu.fi>

Työterveyslaitoksen www-sivut. Viitattu 3.7.2011 ja 14.1.2012. www.ttl.fi

Työturvallisuuskeskus. Vaali terveyttäsi: Potilassiirrot hoivatyössä ja ensihoidossa. 2007. Työturvallisuuskeskus, kuntaryhmä.

Työterveyslaitos. 2010. Työ ja terveys Suomessa 2009. Sastamala; Vammalan Kirjapaino Oy.

Työturvallisuuslaki. 2002.L 2. 738/2002, 14§, 15§

Työturvallisuuslaki. 2002.L 4. 738/2002, 18§, 19§

Työturvallisuuslaki. 2002.L 5.738/2002, 24§

Vuottilainen, P., Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö, 2009. Helsinki: WSOY.

ALKUKYSELY 20.5.2011

1. Kuinka kauan olette työskennelleet hoitoalalla?

0-5 vuotta _____
 6-10 vuotta _____
 11-15 vuotta _____
 yli 15 vuotta _____

2. Kuinka kauan olette työskennelleet Ruskataloilla?

_____ vuotta

3. Onko teillä ollut jotakin lääkärin toteamia sairauksia tai onko teillä ollut jokin seuraavista sairauksista työssäoloaikanaanne?

- | | |
|--|----------|
| – niskahartiaseudun / kaularangan toistuva kiputila? | Kyllä/Ei |
| – Selän ylä-/ alaosan toistuva kiputila? | Kyllä/Ei |
| – Iskiasoireyhtymä? | Kyllä/Ei |
| – Raajojen (kädet, jalat) toistuva kiputila? | Kyllä/Ei |
| – Nivelreuma? | Kyllä/Ei |
| – Muu tuki- ja liikuntaelinsairaus? | Kyllä/Ei |

4. Onko teille sattunut hoitotyössä työtaturmia? Jos vastasit kyllä, niin millaisia?

_____ Ei

_____ Kyllä: _____

5. Luetelkaa kolme asiaa jotka koette fyysisesti kuormittavimmiksi työssänne.

1. _____
2. _____
3. _____

6. Oletteko saanut aikaisemmin koulutusta kuntouttavasta työotteesta?

_____ Ei

_____ Kyllä, missä ja milloin? _____

7. Miten huomioitte kuntouttavan työotteen (asukkaan omien voimavarojen käyttö) jokapäiväisessä työssänne?

8. Oletteko saanut aikaisemmin koulutusta ergonomiasta?

___ Ei

___ Kyllä, missä ja milloin? _____

9. Miten huomioitte ergonomian jokapäiväisessä työssänne (esim. oikeat työasennot, apuvälineiden käyttö) ?

10. Toiveet ergonomiakoulutuksen suhteen:

**PALAUTATTEHAN KYSELYN TÄYTETTYNÄ RUSKALINNAN INFOON PE 3.6.2011
MENNESSÄ!**

KIITOS VASTAUKSESTANNE! :)



Hoitotyön ergonomia

24.11. ja 25.11.2011


Erika Kaunisto
Emilia Päivömaa
Fysioterapian ko.

 Satakunnan ammattikorkeakoulu | Sosiaali- ja terveysala
Satakunta University of Applied Sciences | Faculty of Social Services and Health Care

Yleistä koulutuksista

- 1. koulutuskerta: teoriaa, harjoitteita oman kehon kautta ja luonnolliset liikemallit avustustilanteissa (24. ja 25.11.2011)
- 2. koulutuskerta: Siirtojen ja nostojen harjoittelua, apuvälineet (1. ja 14.12.2011)
- Välitehtävä (opitun siirtäminen käytäntöön)
- 3. koulutuskerta: tehtävän läpikäynti, toteutus yksiköissä (Tammikuu 2012)
- Palautekerta yksiköissä (Tammi-helmikuu 2012)


Satakunnan ammattikorkeakoulu | Sosiaali- ja terveysala
Satakunta University of Applied Sciences | Faculty of Social Services and Health Care

 samk

Ensimmäisen kerran tavoitteet:

- Laajentaa näkemystä ergonomiasta ja miten sillä voidaan vaikuttaa hoitotyön kuormittavuuteen
- Tutustuminen kehon luonnollisiin liikemalleihin ja niiden tunnistaminen
- Oikeiden avustusotteiden oppiminen ja asukkaan omien voimavarojen huomioiminen nostoissa ja siirroissa

Satakunnan ammattikorkeakoulu | Sosiaali- ja terveysala
Satakunta University of Applied Sciences | Faculty of Social Services and Health Care

 samk

Alkukartoituksen yhteenveto

Alkukyselyt:

- Yleisimmät TULE-vaivat: Selän ylä-/alaosan toistuva kiputila, niskahartia-seudun/kaularangan toistuva kiputila, raajojen toistuva kiputila
- Kuormittavimmat hoitotilanteet:
 1. nosto- ja siirtotilanteet
 2. asukkaan seisottaminen
 3. saunottaminen
- Toiveet:
 - perusnostot ja -siirrot,
 - oikeissa tilanteissa harjoittelu
 - apuvälineiden käyttö

Tutustumiskäynnit:

- + sängyt pääasiassa sähkökäyttöisiä ja sitä käytettiin hyödyksi
- + asukkaita pyrittiin aktivoimaan
- Luonnollisten liikkeiden puuttuminen perussiirroissa ja nostoissa
- Jalkojen lihasvoiman ja painonsiirtojen puutteellinen hyödyntäminen
- Asukkaan mukaan ottaminen siirtoihin ja nostoihin
- Puutteellinen tieto apuvälineiden saatavuudesta ja käytöstä

Fyysinen ergonomia

Fyysisen toiminnan mukauttamista ihmisen fysiologisten ja anatomisten ominaisuuksien mukaisiksi

Tavoitteena

- Kehittää fyysistä toimintaa kokonaisuutena siten, että se on **ihmiselle sopivaa toistomääriltään ja voiman tarpeiltaan**.
- Hyvä työtulos on saatava aikaan siten, että **työntekijän voimavarat sekä työ- ja toimintakyky säilyvät mahdollisimman pitkään**. (ttl.fi)

Kuormittuminen työssä

- Työhön liittyvien tapaturmien määrä on terveydenhuollossa 34 prosenttia suurempi kuin keskimäärin muilla aloilla (ttl.fi)
- Kuormittavinta työ on terveyskeskusten vuodeosastoilla, kotipalvelussa ja vanhainkodeissa (ttl.fi)
- Huono ergonomia on tärkein tekijä työperäisten sairauksien synnyssä
 - Virheelliset ja kuormittavat työasennot
 - Ahtaat tilat
 - Kiire
 - Apuvälineiden/ niiden käytön osaamisen puute
 - Avustettavan puolesta tekeminen (ttl.fi)

Fyysinen kuormittuminen

- Sopivaa: työkuormittavuus vastaa elimistön suorituskykyä -> kudokset vahvistuvat
- Alikuormittuminen -> kudokset heikkenevät
- Ylikuormittuminen -> vaurioittaa kudoksia
 - Hetkellinen-, toisto- ja staattinen ylikuormitus
- Ylikuormittumisen seuraukset
 - Lievät lihavammat, esim. venähdykset, revähdykset
 - Pahimmillaan pysyvä haitta, esim. vaikea virheasento
 - Toistuvat pienet vauriot mahdollisia nivelrikon ja välilevyrappeuman syntyyn vaikuttava tekijä

Oman kehon hallinta

Hyvä ryhti

- Kolme "ryhdin koria"; pää, rintakehä ja lantio
→ sijaitsevat päällekkäin ja linjassa keskenään (A)
- Koko keho tasaisesti jalkojen päällä
- Kun "korit" eivät ole linjassa keskenään (B), kehon osat ylikuormittuvat



Kuva 1.

• Kehon keskilinja

- Sivulta katsottuna korvanipukan takaa, olkanivelen, lonkkanivelen läpi polvilumpion takaa veneluun kohdalle

Harjoitteet seisten:

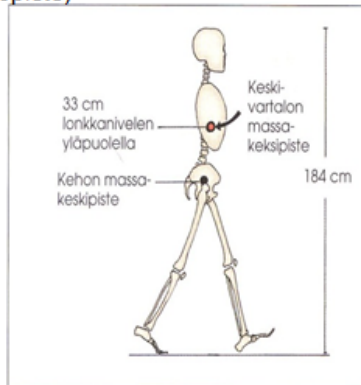
- Painonsiirto päkiöille ja kantapäille
- Painonsiirrot
- Lantion kallistukset eteen ja taa
- Ylävartalon kierrot



Kuva 2.

- **Kehon massakeskipiste** (painopiste)

- Kehon keskilinjalla ristiluun päätelevyn etupuolella
- Painovoima vetää painopisteen kautta kappaletta kohti maata
- Kehon muoto, sen eri osien suhteet, liikkuminen ja asennon vaihto muuttavat sen paikkaa



Kuva 3.

- **Tasapainoinen asento**

- Suuri tukipinta
- Painonsiirrot
- Käyntiasento
- Lyhyt vipuvarsi

- **Liikeakselit**

- Suurin osa kehon luonnollisista liikkeistä ovat kolmiulotteisia
- Liikkeitä voidaan tehdä kolmessa tasossa
 - koukistus ja ojennus
 - loitonnuks ja lähennys
 - sisä- ja ulkokierto

Avustusotteet

- Avusta sieltä mistä liike tuntuu juuttuvan
 - Hartia, lantio, pään takaa
- Älä avusta
 - vaatteista
 - kohdista, joista keho liikkuu, esim. kaula, olkanivelet, lonkat, vyötärö
- Aktivoivat ja laajat otteet
- Ei estetä asiakkaan liikettä!
- Kuorma kevenee kun ote on mahdollisimman lähellä potilaan painopistettä

Avustettavan omien voimavarojen hyödyntäminen

- Kerrotaan, mitä tehdään ja miksi
 - mitä hoitaja tekee
 - mitä avustettavan halutaan tekevän
 - mihin lopputulokseen pyritään
- Ohjaustavat: **sanallinen, koskettaminen ja liikkeen avustaminen**
- Tunto- ja liikeaistin merkitys kasvaa vanhetessa

Luonnolliset liikemallit

- Kehityksen myötä opittuja liikekaavoja.
- Syvällä ihmisen liikemuistissa ja palautuvat nopeasti ja tiedostamatta, kun ihminen on oikeassa alkuasennossa ja häntä aktivoidaan oikeasta kohdasta.

→ **Potilaan voimavarojen optimaalinen hyödyntäminen!**

[Luonnolliset liikemallit -video](#)

- Selinmakuulla liikkuminen ylös ja sivusuuntaan
- Selinmakuulla kääntyminen
- Nousu makuulta istumaan ja takaisin
- Siirtyminen istuimen reunalle
- Istumasta seisomaan nousu ja takaisin
- Lattialta ylösnousu

Lähteet

- Antti-Poika, Martimo & Husman 2003. Työterveyshuolto. Duodecim. Jyväskylä.
- Tamminen- Peter. Taitava avustaja aktivoi ja auttaa. 1998. Työterveyslaitos.
- Sandström & Ahonen. Liikkuva ihminen –aivot, liikuntafysiologia ja sovellettu biomekaniikka 2011. VK-kustannus Oy. Keuruu.
- www.ttl.fi
- <http://www.ttl.fi/potilassiirto>
- Kuvien käyttö lupa saatu sähköpostilla VK-Kustannus Oy:n myyntipäällikkö Ari Skytältä 30.9.2011

Ensimmäisen ergonomiakoulutuksen palautelomake

24.11. ja 25.11.2011

Ympyröi mielipidettäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto.

5 = täysin samaa mieltä

4 = osittain samaa mieltä

3 = en osaa sanoa

2 = osittain eri mieltä

1 = täysin eri mieltä

A. Koulutuksessa käytyt asiat olivat ennestään tuttuja

5 4 3 2 1

B. Teoriaa koulutuskerran aiheista oli tarpeeksi

5 4 3 2 1

C. Koulutuksessa olleet asiat olivat tarpeeksi havainnollistettu

5 4 3 2 1

D. Harjoitteita oli tarpeeksi

5 4 3 2 1

E. Koulutus oli selkeä kokonaisuus

5 4 3 2 1

F. Pystyn hyödyntämään koulutuskerran antia työssäni

5 4 3 2 1

G. Muuta kommentoitavaa koulutuksesta:

KIITOS PALAUTTEESTANNE!



Hoitotyön ergonomia **1.12. ja 14.12.2011**

Fysioterapian ko
Erika Kaunisto
Emilia Päivömaa

samk Satakunnan ammattikorkeakoulu | Sosiaali- ja terveysala
Satakunta University of Applied Sciences | Faculty of Social Services and Health Care

Toisen koulutuskerran tavoitteet

- Tuntea tavallisimmat siirron ja noston tekniikat sekä apuvälineet ja osata käyttää niitä turvallisesti
- Osata arvioida apuvälineen tarvetta
- Pystyä hyödyntämään oppeja käytännössä (case-tehtävä)

Satakunnan ammattikorkeakoulu | Sosiaali- ja terveysala
Satakunta University of Applied Sciences | Faculty of Social Services and Health Care

samk

Potilassiirtojen periaatteet

Oma asento ja voimavarat

- Vältetään kurkottelua ja kumartelua
- Työskennellään niin, että paino pysyy jalkojen päällä ja selkä on suorassa.
- Käytetään käyntiasentoa ja painonsiirtoja

Avustettavan huomiointi

- Sanallinen ja/tai käsin tehtävä ohjaus
- Laajat otteet sieltä, mistä liike juuttuu
- Odota, että avustettava aloittaa liikkeen/ehdii mukaan

Satakunnan ammattikorkeakoulu | Sosiaali- ja terveysala
Satakunta University of Applied Sciences | Faculty of Social Services and Health Care

samk

Siirtotapahtuma

- Varmista että siirtymiseen on riittävästi tilaa
- Työskentele pääasiassa **avustettavan sivulla** ja liiku avustettavan liikkeen mukana
- Nostamisen sijasta **rullaa, liu'uta tai kampea**
- Lasketaan sänky samalle tasolle, kuin esim. pyörätuoli

- Jos kaksi avustajaa
 - Siirto tehdään yhtä aikaa
 - Sängyn korkeus määräytyy lyhyemmän mukaan

Potilassiirrot

Siirtojen apuvälineet

Pienoisapuvälineet

Käytetään, kun halutaan

- tukea potilasta (kahvat, nousutuet)
- vähentää kitkaa (liukulakanat, siirtolevyt)
- estämään liukumista
- helpottaa potilaaseen tarttumista (siirtovyöt, siirtolevyt)



Nostimet

Käyttöä suositellaan, kun

- pienoisapuvälineet eivät riitä ja potilaan painoa pitää kannatella
- avustettava ei pysty tukeutumaan raajoihinsa
- hoitajien fyysinen kuormitus kasvaa liian suureksi

Hemiplegiapotilaan avustaminen

Oireita:

- epänormaali lihasjänteys
- spastisuus - yläraaja koukkuun, alaraaja suoraksi
- liike- ja asentotunto häiriintynyt

Keinoja:

- pyritään saamaan potilas huomioimaan myös halvaantunut puoli ja mahd. aktivoimaan sitä
- spastisen alaraajan liikuttelu saattaa helpottaa siirtymisiä
- halvaantuneen puolen jalan tukeminen siirtymisissä

Dementiapotilaan avustaminen

- Avustajan nosto ennen kuin avustettava on itse valmis siirtoon saattaa laukaista pelkoreaktion
- Taaksepäin nojaaminen avustustilanteessa voi olla pelon aiheuttamaa
- Pelon poistaminen:
 - rauhallinen ilmapiiri
 - kerrotaan mitä tehdään
 - rauhoittavat sivelyt, kosketus
 - tarjotaan tukea mihin voi itse tarttua

Lähteet

- Tamminen- Peter. Taitava avustaja aktivoi ja auttaa. 1998. Työterveyslaitos.
- www.ttl.fi
- <http://www.ttl.fi/potilassiirto>

Toisen ergonomiakoulutuksen palautelomake

1.12. ja 14.12.2011

Ympyröi mielipidettäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto.

5 = täysin samaa mieltä

4 = osittain samaa mieltä

3 = en osaa sanoa

2 = osittain eri mieltä

1 = täysin eri mieltä

A. Koulutuksessa käytyt asiat olivat ennestään tuttuja

5 4 3 2 1

B. Teoriaa koulutuskerran aiheista oli tarpeeksi

5 4 3 2 1

C. Koulutuksessa käytiin läpi tarpeeksi erilaisia apuvälineitä

5 4 3 2 1

D. Pääsin harjoittelemaan siirtoja ja nostoja tarpeeksi

5 4 3 2 1

E. Koulutus oli selkeä kokonaisuus

5 4 3 2 1

F. Pystyn hyödyntämään koulutuskerran antia työssäni

5 4 3 2 1

G. Muuta kommentoitavaa koulutuksesta:

KIITOS PALAUTTEESTANNE!

Kolmannen ergonomiakoulutuksen palautelomake

19.1. ja 24.1.2012

Ympyröi mielipidettäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto.

1 = täysin eri mieltä

2 = osittain eri mieltä

3 = en osaa sanoa

4 = osittain samaa mieltä

5 = täysin samaa mieltä

A. Vierailukäynti yksiköissä oli hyödyllinen

1 2 3 4 5

B. Saimme käynnistä konkreettista apua siirtotilanteisiin

1 2 3 4 5

C. Muuta kommentoitavaa käynnistä:

KIITOS PALAUTTEESTANNE!

Ergonomiakoulutuksen loppupalaute

19.1. ja 24.1.2012

Ympyröi mielipidettäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto.

1 = täysin eri mieltä

2 = osittain eri mieltä

3 = en osaa sanoa

4 = osittain samaa mieltä

5 = täysin samaa mieltä

A.Koulutuksessa käytyt kokonaisuudet olivat tarpeellisia ja pystyn käyttämään opittua hyödyksi työssäni

- Oman kehon hallinta, luonnolliset liikemallit ja avustusotteet

1 2 3 4 5

- Tavallisimmat nosto- ja siirtotilanteet sekä niissä käytettävät apuvälineet

1 2 3 4 5

- Vierailukäynti yksikössä

1 2 3 4 5

- Koko koulutus

1 2 3 4 5

B. Muuta kommentoitavaa (esim. mikä oli erityisen hyvää/huonoa, mitä olisitte halunnut lisää..):

C. Miten haluaisitte kehittää ergonomia osaamista omalla työpaikallanne

D. Olisitteko halukas osallistumaan jatkokoulutukseen tai ergonomian kehittämiseen omassa yksikössäsi

___Kyllä

___Ei

KIITOS OSALLISTUMISESTANNE JA PALAUTTEESTANNE!

OIKEA TYÖASENTO

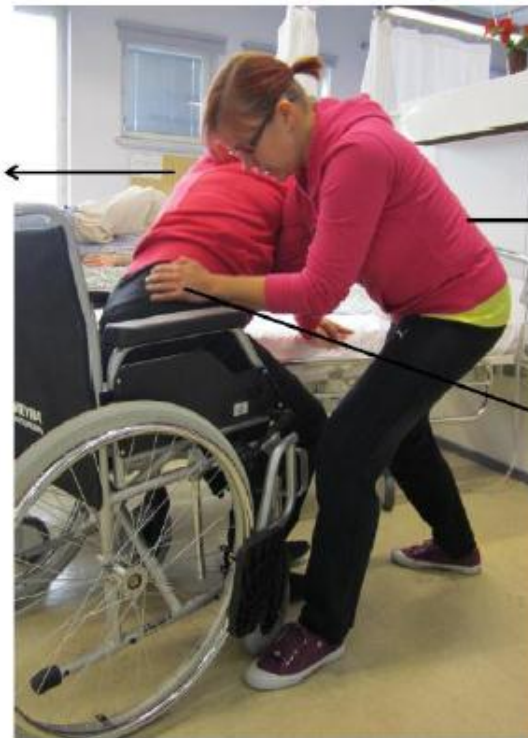


Painonsiirto

AVUSTUSTILANNE

Hyödynnä
asukkaan omat
voimavarat

- Odota, että avustettava pääsee mukaan siirtoon
- Avustettava keventää siirtoa mahdollisuuksien mukaan esim. siirtämällä painoa eteen



Oma
työasento

Ote läheltä
avustettavan
painopistettä
(lantio)



Rullaa tai liu'uta
-vältä nostamista



Avusta sieltä, mistä liike tuntuu juuttuvan
(esim. lantio ja hartiat/yläselkä)



Työskentele avustettavan sivulla
(ei estetä avustettavan omaa
liikettä)